

DI
5507

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

--- Área de Psicossomática ---

Tese de Dissertação de Mestrado

Reflexões acerca de um

Modelo de Investigação

Em Psicossomática

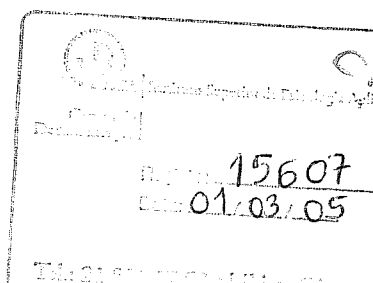
Aluno: Pedro Miguel Borda de Água Bento
Nº 1584

Orientador: Prof. Dr. António F. Mendes Pedro
I.S.P.A.



15607

2004



AGRADECIMENTOS

Agradeço-te Ana, pela celebração quotidiana do Amor e sobretudo por acreditares ...

À minha filha Leonor por ser tão querida e tão sábia

À Dr^a Isaura Neto pela paciência infinita

Ao António Mendes Pedro pela confiança e estímulo contínuo

À minha família pelo afecto e ajuda nos momentos-chave

Aos meus Pacientes por me ajudarem a crescer como pessoa e como técnico

RESUMO

Nesta Tese explorámos fundamentalmente as questões ligadas ao Exame ou Avaliação Clínica em Psicossomática, partindo do contributo dos vários autores em termos de conceitos e modelos teóricos Psicossomáticos, até por fim chegarmos aos instrumentos propriamente ditos de investigação nesta área. Entenda-se aqui investigação enquanto processo de avaliação clínica que visa um diagnóstico.

No final expomos um modelo de investigação em Psicossomática, que resulta em parte de todo o caminho teórico/técnico percorrido anteriormente, e por outro, dos critérios que os próprios autores consideraram mais relevantes nos modelos existentes nesta área. O objectivo deste trabalho é sobretudo expôr o problema que diz respeito às metodologias de investigação em Psicossomática, que na opinião dos autores não estão devidamente pesquisadas cientificamente, e assim contribuir para uma reflexão acerca desta temática.

ÍNDICE

Introdução	1
Modelos teóricos em Psicossomática: perspectiva histórica	5
Os primórdios	6
Freud e Psicanálise: o berço da Psicossomática	8
A Escola Americana	10
Teorias do Stress	12
O conceito de Alexitímia	15
A Escola Psicossomática de Paris	18
Teoria de António Coimbra de Matos	20
Vinculação e Psicossomática	22
A Teoria relacional de Sami-Ali	23
A interface corpo-mente: relações entre sistema nervoso, endócrino e imunitário	31
Sistema Nervoso	32
Sistema Endócrino	38
Sistema Imunitário	45
Relações entre sistema nervoso, endócrino e imunitário	50
Cronobiologia	55
Generalidades	56
Descrição dos ritmos biológicos	57
Propriedades dos ritmos biológicos	58
Ontogénese, Crescimento, Desenvolvimento e Estrutura Temporal	61
O sono e o sonho	64

Ritmos biológicos e Psicossomática	67
O Exame de diagnóstico na prática Clínica	71
O Exame médico	73
O Exame psicológico	76
O Exame psicomotor	84
Investigação e Avaliação em Psicossomática	90
A Psiquiatria de Ligação	90
Modelo de investigação da Escola Psicossomática de Paris	93
A Investigação Psicossomática na Prática Médica	97
Eixos de Investigação em Psicossomática, segundo Robard	101
Os Testes em Psicossomática	108
Os antecedentes	109
Características contextuais	109
Características Individuais	110
Processos mediadores	117
Avaliação da situação e recursos disponíveis	117
Estratégias de ajustamento (coping) e estilos de vinculação	117
O Rorschach em Psicossomática	118
Apresentação de um modelo de investigação/diagnóstico em Psicossomática	122
A relação	123
O pedido	124
A entrevista Clínica	125
A patologia orgânica	128
Situação actual e anamnese	130
Situações de vida, conflito e impasse	134

A Observação directa	135
Elaboração de hipóteses diagnósticas	136
Técnicas complementares de diagnóstico	136
Análise do material clínico	137
Diagnóstico, prognóstico e indicação terapêutica	137
Reflexões finais	139
Referências Bibliográficas	142

INTRODUÇÃO

A execução desta Tese resulta de uma dúvida que sistematicamente irrompeu na consciência dos autores ao longo dos últimos anos, mais concretamente, desde o momento em que tomaram contacto com os principais modelos teóricos em Psicossomática, no final da licenciatura em Psicologia. Essa dúvida está ligada aos modelos de investigação (que visam o diagnóstico) na área da Psicossomática, os quais, na opinião dos autores, não estão devidamente definidos, sistematizados ou enquadrados, o que prejudica a compreensão e classificação clínico-diagnóstica, o prognóstico, assim como, a elaboração de um plano terapêutico eficaz.

Este último ponto (intervenção terapêutica), não foi alvo de elaboração extensiva no presente trabalho, sendo que esta “negligência” denuncia por um lado a extrema complexidade do tema, e por outro, tornaria demasiado ambiciosa, senão mesmo impossível, uma investigação que já por si se tece de contornos algo utópicos: a procura de um modelo integrado de investigação clínica em Psicossomática. Vamo-nos referir em vários momentos ao termo “modelo de investigação/diagnóstico”, pois na nossa opinião reflecte melhor a ideia que queremos definir, a de um modelo de investigação clínica que visa o diagnóstico.

À medida que fomos ampliando a experiência clínica na área da Psicossomática, os modelos teóricos foram encontrando sentido(s) nos autores deste trabalho, e a necessidade de definir uma metodologia de investigação foi-se tornando uma exigência cada vez mais premente. Na verdade, não bastam existir teorias e conceitos explicativos aliantes para compreender o doente que padece de determinada patologia somática, é preciso também uma sistematização dos dados considerados relevantes que o paciente nos transmite directa ou indirectamente, e sua fundamentação científica, nomeadamente

através do recurso a técnicas quantitativas, que permitam comparar o sujeito (ou melhor, amostras do seu comportamento) com a população-geral, e qualitativas, que possibilitem compreender as dinâmicas internas do sujeito. Esta necessidade facilmente se transforma em exigência, sobretudo quando se procura fazer trabalho com seriedade nesta área, já que existe um sujeito que sofre e que muitas vezes corre mesmo risco de vida.

Sabendo que a procura de uma cura messiânica está quase sempre condenada ao insucesso e à desilusão, procuramos sobretudo contribuir para uma reflexão acerca destas questões que julgamos de importância indiscutível para a consolidação e desenvolvimento da Psicossomática, enquanto disciplina com reconhecimento científico.

É também importante realçar aqui a formação de base dos autores - Psicologia Clínica -, pois foi a partir desta, e sobretudo da experiência prática e de ensino do Exame Psicológico, que possibilitou aos autores enveredarem por este caminho, já que as questões metodológicas de avaliação nesta área (Psicologia clínica) estão amplamente investigadas e fundamentadas cientificamente. Foi esta experiência particular que serviu de base para a realização do trabalho.

A Tese de Mestrado que aqui se apresenta tem um carácter exclusivamente teórico, pois o objectivo é eminentemente exploratório e não experimental. A estrutura do trabalho segue nesse sentido, como um caminho com várias etapas até chegar ao cerne da questão: o modelo de investigação em Psicossomática. Neste sentido, a primeira parte do trabalho será consagrada à exposição dos principais modelos teóricos e conceitos em Psicossomática, tentando enquadrá-los na medida do possível numa perspectiva cronológica. São estes conceitos que mais tarde serão alvo de operacionalização nos

modelos de investigação e, em particular, nos testes comumente usados em Psicossomática.

De seguida segue-se um capítulo ligado às questões biológicas que os autores consideram mais importantes nesta área de investigação. Por um lado, apresentamos as relações entre os Sistemas Nervoso, Endócrino e Imunitário, assim como aspectos particulares de cada um deles, pois constituem uma prova de base biológica da influência do sistema nervoso (e logo, da vida mental) no funcionamento imunitário (podendo levar a processos de depressão imunitária, e de doença subsequente). Por outro lado, e dada a ênfase que certos modelos em Psicossomática dão à questão dos ritmos biológicos, decidimos explorar os princípios basilares da Cronobiologia.

Na sequência deste capítulo, entramos na temática do Exame Clínico, e exploramos três categorias de Exame, todos eles com relações próximas à Psicossomática, e cujos fundamentos podem na nossa opinião auxiliar ao esboço de um modelo de investigação em Psicossomática. São eles: o exame médico, o exame psicológico e o exame psicomotor.

Outra secção deste trabalho dará relevo aos modelos de investigação/diagnóstico propriamente ditos, começando por explorar as ligações entre a Psiquiatria de Ligação e a Psicossomática, seguido do modelo de investigação de Pierre Marty e de um modelo de investigação adaptado à Medicina generalista. Por fim, apresentamos um modelo preconizado por Susana Rotbard, com claras influências dos conceitos teóricos de Sami-Ali.

Na sequência desta exploração teórica e técnica, procura-se fazer uma síntese integrativas dos dados anteriores, com a apresentação de um modelo integrado de

investigação/diagnóstico em Psicossomática, o qual, como já o referimos antes, não procura ser a chave para o problema, mas sim um ponto de reflexão aberto à discussão. Este modelo final deverá ser encarado como o ponto de confluência das nossas pesquisas, as quais encontraram no modelo teórico de Sami-Ali, mas não só, um bom porto de abrigo para pensar o nosso verdadeiro objecto de estudo nesta área, que é o ser humano numa perspectiva psicossomática.

No final apresentamos algumas reflexões em jeito conclusão que procuram não só uma auto-crítica ao trabalho em si, mas sobretudo focar os atributos que considerámos mais importantes nesta investigação e traçar percursos hipotéticos para novas pesquisas nesta área.

MODELOS TEÓRICOS EM PSICOSSOMÁTICA E PRINCIPAIS CONCEITOS – PERSPECTIVA HISTÓRICA

A Psicossomática surge nos nossos dias como uma disciplina cada vez mais autónoma, com um suporte teórico gradualmente mais fundamentado e com implantação crescente ao nível dos serviços de saúde mundiais. A investigação nesta área tem ganho peso substancial nos últimos anos, assim como a formação de técnicos especializados, permitindo avanços consideráveis, sobretudo se tivermos em conta que o seu desenvolvimento decorreu particularmente a partir do século XX, com a emergência dos trabalhos de Sigmund Freud, fundador da Psicanálise, cuja inovação e genialidade imprimiu o arranque de uma vasta e diversa teorização acerca do Ser humano nas suas diversas facetas.

Numa perspectiva mais próxima da Medicina, a Psicossomática poderia definir-se como “uma abordagem da teoria e da prática médica na qual a estrutura e o funcionamento do psiquismo são consideradas como co-factores fundamentais da saúde ou da doença” (Pongy, 2003). A sua proximidade com a Psicanálise, não lhe confere um carácter redutor a esta, pois “na prática, difere globalmente: quanto aos pacientes que trata; quanto aos objectivos que persegue; quanto às técnicas que emprega” (Marty, 1993). A psicanálise representa no fundo a referência essencial, o ponto de partida, face à qual outras disciplinas vieram contribuir com novos olhares, permitindo derivas construtivas e mais próximas da realidade complexa do Ser Humano.

No entanto, não podemos afirmar que as ligações “mente-corpo” que esta disciplina tece foram constituídas apenas com o advento da Psicanálise em finais do século XIX e

início do século XX, pois esta ligação está concerteza estabelecida, ainda que de modo não científico, há muitos séculos atrás. Além disso, há que realçar a pertinência do senso-comum, já que é uma constatação óbvia de todo o comum mortal que os estados da mente têm influência na saúde física, e vice-versa. Aliás, se perguntarmos às pessoas porque é que têm determinadas doenças, muitas delas não hesitaram em referir que “é dos nervos”.

Os Primórdios

Desde o início dos tempos que o Homem conciliou práticas médicas, baseadas na experiência acumulada ao longo de muitas gerações, com rituais simbólicos, os quais consistiam sobretudo em práticas que visavam uma aproximação ao divino. Em muitas culturas estas práticas têm exactamente como objectivo, o diagnóstico e tratamento de determinadas doenças. Arriscariamos mesmo a hipótese destes terem sido os primeiros modelos de investigação/diagnóstico em Psicossomática.

Apesar da Medicina contemporânea estar bem longe destas práticas ancestrais, elas continuam a existir em bastantes culturas (não só ancestrais), sendo que o que sobressai é acima de tudo a exacerbação do imaginário, muitas vezes auxiliado por substâncias psico-activas, na cura dos males do corpo (e também da mente). Estas ligações “Imaginário(simbolismo)/patologia somática” têm sido curiosamente um dos principais eixos de teorização da Psicossomática contemporânea.

Já na Grécia antiga surgiram diversos relatos de um pensamento que articula a mente e o corpo. Platão (cit. Knight et al, 1989) expressou o ponto de vista de que “o maior erro no tratamento das doenças é que há médicos para o corpo e médicos para a alma, enquanto que ambos são únicos e indivisíveis”. A Escola Hipocrática de Cos também

teorizou no sentido de pensar o ser humano enquanto unidade indivisível. Estes pensadores e suas escolas não fugiram porém à “cultura popular” que falei anteriormente, já que não fazem uma clara distinção entre mente e corpo, postulando sim a unidade do Ser humano, em muitos casos com sentidos Holísticos que procuram enquadrar o sujeito enquanto elemento da Natureza e do Universo.

Esta unidade é no entanto quebrada com a emergência do pensamento Cartesiano no Século XVII, em que Descartes oferece pela primeira vez uma explicação sistemática do dualismo metafísico entre a mente e o corpo. Para ele há duas substâncias criadas diferentes: o corpo e a alma (mente). A teoria dualista de Descartes (1637) formulou assim uma separação radical entre corpo e mente. Este pensamento vigorou nos séculos seguintes e o mundo médico acabou por ignorar a possibilidade de existir uma influência da mente no corpo durante cerca de 300 anos.

António Damásio (2000) reflectiu sobre esta temática no seu best-seller “o erro de Descartes”, partindo das suas experiências em Neurobiologia. Segundo Damásio, Descartes errou ao reiterar “a separação abissal entre o corpo e a mente, entre a substância corporal, infinitamente divisível, com volume, com dimensões e com um funcionamento mecânico, por um lado, e a substância mental, indivisível, sem volume, sem dimensões e intangível; a sugestão de que o raciocínio, o juízo moral e o sofrimento adveniente da dor física ou agitação emocional poderiam existir independentemente do corpo” (Damásio, 2000).

Quanto ao termo *Psicossomática*, este foi pela primeira vez empregue pelo Médico Alemão Johann Christian Heinroth (1773-1843). Em 1818 referiu que “a insónia é usualmente de origem psíquica e somática”. E em 1822, Jacobi introduziu o termo “somato-psíquico” no sentido de realçar a predominância de factores somáticos no

desencadear de certos distúrbios. (Luban-Plozza et al, 1992). E assim, ao longo do século XIX, foram surgindo os primeiros “rasgos científicos” no campo da Psicossomática, dos quais se realçam aqueles que recorriam às técnicas de Sugestão e Hipnose como estratégias terapêuticas para a cura de sintomas orgânicos.

Freud e Psicanálise - o berço da Psicossomática

Sigmund Freud apesar de inicialmente ter seguido o modelo da Hipnose, sobretudo nos seus estudos sobre a Histeria, acabou por romper com esta técnica ao constatar que o efeito curativo desaparecia se a autoridade (sugestiva) desaparecesse, o que o levou a procurar alternativas, acabando por criar toda uma teoria e técnica terapêutica que denominou de Psicanálise. Sem nunca utilizar o termo *Psicossomática*, Freud introduziu uma reviravolta nas mentalidades científicas do seu tempo (e com grandes repercussões até à actualidade), ao assinalar “o mecanismo psíquico dos fenómenos histéricos” em 1893, nos trabalhos que fez com Breuer. Este tema foi dois anos mais tarde novamente trabalhado no seu famoso artigo: “estudos sobre a Histeria” (1895). Freud assinalou a importância da sexualidade, “enquanto fonte de traumas psíquicos e motivo de defesa, da repressão de ideias fora da consciência, (desempenhando) um papel crucial na patogenia da Histeria”. (Freud, 1895).

Assim, Freud iniciou um ponto de ruptura científica, ao assinalar a existência de um corpo libidinal, desejante, que se exprimia claramente na conversão histérica. Corpo carregado de imaginário, lugar de expressão simbólica dos conflitos psíquicos e da emergência sintomática do recalcado. Este modelo de somatização foi estendido às perturbações psiconeuróticas, em: “As psiconeuroses de defesa – ensaio de uma teoria psicológica da histeria adquirida, de muitas fobias e representações obsessivas e de certas psicoses alucinatórias” (Freud, 1894).

Definiu ainda, por outro lado, um tipo de perturbações somáticas que não obedeciam a esta mesma lógica, as Neuroses actuais, em “Neurastenia e a neurose de angústia” (Freud, 1894). Neste último caso, a patologia caracteriza-se por um excesso ou uma insuficiência de descarga da energia sexual, sem mediação psíquica, ao contrário das psiconeuroses, que acentam a sua expressão nos processos de recalçamento, insucesso deste, e retorno do recalçado. As neuroses actuais são como que um “curto-circuito do conflito intra-psíquico, com pobreza da fantasia e dificuldade de elaboração mental dos conflitos” (Knight et al, 1989).

O modelo de somatização de Freud corresponde a uma articulação entre o somático e o psíquico, em torno da oposição entre neuroses actuais e psiconeuroses. Por um lado temos os sintomas das psiconeuroses, que são o que advém do recalçado num processo de recalçamento, insucesso do recalçamento e de retorno do recalçado; e por outro as neuroses actuais que refletem, sem uma mediação psíquica, uma perturbação da economia sexual, por excesso ou insuficiente descarga da pulsão sexual. (Sami-ali, 1992)

Esta dialéctica Freudiana, apesar de complexa e inovadora, não conseguiu unificar de forma coerente as diferentes expressões do somático, acabando por focar dois pólos inconciliáveis, cada um no seu campo: um corpo libidinal (psiconeuroses) e um corpo real (neurose actual). Não foi assinalado por ele o fio condutor que pode levar de um ao outro, como se de facto não pudessem ser pensados através de um modelo comum. Temos assim, um modelo bidimensional que se esforça por reunir na mesma compreensão sistemática, duas formas extremas de somatização. (Sami-ali, 1992)

Freud estava sobretudo curioso com os processos mentais que causam sintomas

somáticos histéricos e hipocondríacos, mas mostrou pouco interesse pelas doenças orgânicas (Taylor, 1989). No entanto nos anos 20 muitos discípulos de Freud começaram a aplicar o método psicanalítico na investigação e tratamento de pacientes com doenças orgânicas. Dois desses autores merecem ser realçados pois tentaram investigar o somático a partir da teoria freudiana, simplificando-a a um nível unidimensional. Foram eles: Reich e Grodddeck.

Groddeck generalizou a teoria das psiconeuroses a todas as formas de somatização, isto é, postulou que tudo é simbólico e explicável pelo “modelo histórico”, afirmando que toda a sintomatologia, inclusivé a orgânica, tem uma significação simbólica primária. Por outro lado, Reich generalizou a teoria das “neuroses actuais” a todas as manifestações somáticas, passando tudo a ser visto, na sua óptica, como uma problemática genital. Segundo este autor tudo se passa em termos de descarga ou não das pulsões sexuais, sendo que cada neurose tem a sua forma particular de perturbação de genitalidade, perturbação essa que se increve no corpo real do sujeito. (Sami-Ali, 1992)

A Escola Americana – teorias da personalidade e do conflito específico

Muitos Psicanalistas europeus emigraram para os E.U.A. onde empreenderam uma verdadeira revolução nesta área, culminando com avanços e descobertas consideráveis neste campo. Todo este entusiasmo conduziu ao começo da publicação da revista *Medicina Psicossomática* em 1939, e à fundação da Sociedade Americana de Psicossomática no princípio da década de 40. (Taylor, 1989)

Estes investigadores concentraram-se sobretudo em determinadas doenças orgânicas cuja etiologia sempre esteve envolta em incerteza: a úlcera péptica, a asma bronquica, a

hipertensão essencial, a colite ulcerosa, a artrite reumatóide e a dermatite. Doenças que vieram a ser denominadas como as doenças psicossomáticas clássicas, apesar de obviamente existirem outras patologias que se enquadram nesta terminologia, e que foram sendo estudadas ao longo dos anos.

Uma das pioneiras no campo da Psicossomática nos E.U.A. foi Flanders Dunbar, Médica Psicanalista, fundadora da Sociedade Americana de Psicossomática. Ela procurou “estabelecer uma correlação entre parâmetros psíquicos e somáticos. Com a utilização de uma metodologia objectiva procurou estabelecer ligações entre determinadas patologias e traços de carácter ou de comportamento (Gorot, 1989). Definiu “perfis de personalidade” para um variado número de doenças. No entanto foi criticada por se basear em aspectos superficiais da personalidade.

Os seus trabalhos influenciaram outros autores em investigações na mesma linha, nomeadamente Friedman e Rosenman (cit. Taylor, 1989). Estes investigadores descreveram os conhecidos “Tipos de personalidade”, modelo que continua a ter muitos seguidores na actualidade e a motivar muitas investigações nesta área, sobretudo por se constatar a grande correlação entre a presença dos traços de personalidade tipo A em muitos doentes com patologias do foro coronário.

Outro autor que merece ser destacado é Franz Alexander, fundador do Instituto Psicanalítico de Chicago, o qual fez uma clara distinção entre doença psicossomática propriamente dita e a Histeria de conversão, ao referir que esta, ao contrário da primeira, traduziria simbolicamente um conflito intra-psíquico. Este autor, em vez de realçar o papel de “um perfil de personalidade pré-morbida que condicionaria a somatização” (Knight, 1989), como procedeu Dunbar, vem pôr a tónica ao nível dos conflitos inconscientes, atribuindo “as alterações na estrutura orgânica e do

funcionamento, ao efeito de alterações fisiológicas que acompanham a repressão emocional crónica, associada a conflitos inconscientes não resolvidos” (Taylor, 1989).

Neste sentido, identificou conflitos psicológicos inconscientes específicos de determinadas doenças crónicas, assim como os mecanismos de defesa associados (Alexander, 1977). Quando estes conflitos são reactivados por certas situações de vida específicas, eles podem precipitar a doença, mas somente na presença de uma vulnerabilidade de tecido, órgão ou sistema, a que ele chamou factor X. (Taylor, 1989)

Teorias do Stress – A importância das situações de vida

Alexander serviu-se em parte dos estudos neuro-fisiológicos de Cannon e Selye “para a compreensão da génese das doenças psicossomáticas, através das acções dos sistemas simpático e para-simpático” (Knight, 1989). Estes dois autores introduziram um contributo muito importante para o desenvolvimento da Psicossomática moderna, ao descreverem os mecanismos do Stress. Esta teoria baseia-se na observação de que os indivíduos tendem a ter modos característicos de reacção a eventos de vida stressantes, e que estes modos correspondem a padrões familiares de resposta.

Cannon definiu em 1934 os chamados “emergency states” ou estados de alerta, que predispoem o corpo para a acção. Segundo ele, “as alterações físicas que acompanham certas emoções são um meio para atingir um fim, preparam o corpo para a luta ou fuga” (Luban-Plozza, 1992). Para Cannon, o ser humano está constantemente num certo estado de alerta para potenciais acontecimentos de emergência. Quando estes ocorrem, este estado de alerta “preparatório” converte-se em alterações fisiológicas adaptativas. Estudos elaborados por Neurofisiologistas acabaram por mostrar “que todas as situações de stress levam a uma activação do hipotálamo, que imediatamente desencadeia

mecanismos de protecção e defesa por vias motoras, visceral e neurohormonal” (Luban-plozza, 1992). Isto é, certos estados emocionais desencadeiam determinadas alterações do Sistema Nervoso Autónomo. Cannon associa assim originalmente, com o seu modelo de “estados de alerta”, experiências emocionais com reacções corporais, introduzindo uma visão psicofisiológica no campo da Psicossomática.

Selye, por seu turno descreveu uma resposta fisiológica-padrão a variados estímulos (stressores), a que chamou “Síndrome geral de adaptação”. Selye enunciou as fases da reacção inespecífica ao stress, que são: a fase de reacção de alarme, a fase de resistência e a fase de exaustão. Selye designa como “stressores”, todos os factores de stress físico, químico e emocional que actuam no organismo, os quais colocam uma exigência a este no sentido de se adaptar a esses estímulos desconhecidos. “O curso tomado pelo síndrome geral de adaptação varia, dependendo da condição inicial do organismo” (Luban-Plozza, 1992), apesar de considerar que estas alterações, inicialmente adaptativas, “podiam precipitar o início da doença, especialmente quando o estado de stress é prolongado ou intenso” (Taylor, 1989)

Os trabalhos de Cannon e Selye abriram caminho para muitas investigações até à actualidade no campo do Stress e da importância dos acontecimentos de vida na precipitação do adoecer somático. Já vimos como influenciou a teoria de Alexander, mas será importante destacar outros investigadores que exploraram este campo, introduzindo novos olhares sobre esta variável de importância inegável para a compreensão do indivíduo, que é a variável contextual.

Na sequência dos autores anteriores, Wolff (1950) realçou o facto do corpo reagir ao stress com uma resposta adaptativa de protecção específica do indivíduo, determinada pela hereditariedade, concebendo a doença, não como uma consequência directa de

eventos stressantes ou outros agentes, mas como a consequência do falhanço em se adaptar a esses factores (Taylor, 1989).

Foi também em meados dos anos 50 que começaram a surgir os primeiros inventários de eventos de vida (stressores), assim como a relação entre situações de vida e doenças físicas. Em 1958, Hinkle e Wolff (cit. Taylor, 1989) conduziram um vasto estudo em que examinaram esta relação em empregados de uma companhia de telefones durante 20 anos. Notaram que os episódios de doença ocorreriam sobretudo quando os sujeitos enfrentavam maiores dificuldades inter-pessoais ou experienciavam as suas situações de vida como ameaçadoras ou insatisfatórias.

Hinkle continuou as suas investigações, enfatizando que “os eventos de vida são geralmente estímulos complexos e que qualquer hipótese significativa acerca da sua relação com a saúde/doença deveria ter em conta o modo como o individuo percebe e avalia as suas situações de vida” (Taylor, 1989). Ele suspeitava que a relação entre eventos de vida stressores e doença não era linear.

Outros autores em vez de estudarem apenas o conceito de Stress no geral, seleccionaram determinadas situações de vida específicas, das quais se destaca o stress específico relacionado à perda de objecto. Greene e a sua equipa (Taylor, 1989) investigaram crianças e adultos com Leucemia e Linfoma, e descobriram que estas patologias se desenvolveram sobretudo quando os indivíduos estavam deprimidos e em adaptação face a situações de perda ou separação de uma pessoa significativa.

Engel também investigou este campo, realçando a relação entre a perda de objecto e o aparecimento ou exacerbação da doença em indivíduos com dificuldades em lidar com esta situação de vida. Realçou também que o facto de se experienciar um acontecimento

como uma perda é mais importante que a ocorrência, ou não, de uma perda de facto. (Taylor, 1989)

Engel e Schmale, em 1967, impressionados pela forte relação entre perda de objecto e o aparecimento de doenças orgânicas, postularam a existência de um estado psico-biológico particular a que chamaram de Complexo “Giving up/given up”. “Eles conceptualizaram este complexo como um estado transitivo do Ego durante o qual as defesas ou mecanismos adequados de ajustamento (coping) face à perda de objecto estão indisponíveis ou não foram desenvolvidos” (Taylor, 1989). Esta situação está claramente associada a afectos depressivos de impotência e desesperança. A associação entre doença física e afectos depressivos foi sendo sistematicamente investigada ao longo do tempo, sendo apresentada como conceito chave em diversas teorias posteriores, que irão ser analisadas mais à frente no presente trabalho.

Paralelamente, outros autores centraram a sua atenção e investigação, não na procura de conflitos inconscientes ou de situações de vida, mas sim em distúrbios ao nível da expressão emocional que predispõe o sujeito a doenças psicossomáticas.

O conceito de Alexitímia

O termo Alexitimia foi pela primeira vez introduzido em 1973 por Sifneus, que conjuntamente com Nemiah, deu um novo impulso para a compreensão dos sintomas psicossomáticos numa linha de investigação que rapidamente ganhou muita popularidade. Estes autores Greco-americanos dirigiam a sua atenção para o déficite afectivo que parece estar na base de um certo número de patologias psicossomáticas. Segundo Sifneus (1995), este déficite caracteriza-se por: uma incapacidade de identificar os sentimentos e de se servir da linguagem para os descrever; pobreza de imaginário e

dos sonhos; incapacidade de diferenciar as emoções das sensações corporais. Para descrever estes déficits, Sifneus introduziu o conceito *Alexitimia* (do Grego: *a* = falta, *lexis* = palavra, *thymos* = emoção).

No entanto as origens do conceito de Alexitimia remontam aos finais dos anos 40, aos estudos de Ruesch e Maclean, os quais observaram em muitos pacientes que sofriam das chamadas doenças Psicossomáticas clássicas uma aparente dificuldade em verbalizar os sentimentos, uma tendência para ter poucos recursos imaginativos, uso da acção física directa ou canais corporais para expressão emocional. (Taylor, 2000) Estes autores atribuíram estas características a um déficit na representação simbólica das emoções.

Alguns anos mais tarde, segundo Taylor (2000), Horney e Kelman descreveram características similares em certos pacientes psiquiátricos que evidenciavam dificuldades no tratamento através de Psicoterapia Psicanalítica. Estas dificuldades relacionavam-se segundo os autores com o facto dos pacientes evidenciarem pouca predisposição para as questões emocionais, déficit de experiências subjectivas, interesse mínimo pelos sonhos, pensamento concreto e um estilo de vida “exterior” em que o comportamento era guiado pelas regras e expectativas dos outros, no lugar dos seus sentimentos, desejos e valores pessoais. Estes pacientes mostraram tendência para desenvolver sintomas “psicossomáticos”, muitas vezes acompanhados por comportamentos compulsivos, voracidade alimentar e abuso de álcool, como que numa procura de regulação de estados de tensão interna.

Foi já na década de 70 que, Sifneus e Nemiah, sem conhecer muitos destes estudos anteriormente apresentados, nem mesmo os conceitos da Escola Psicossomática de Paris (que vamos explorar mais adiante), decidiram investigar de forma sistemática o estilo

comunicacional dos pacientes psicossomáticos (Taylor, 1989), estudando transcrições de entrevistas psiquiátricas com doentes com um historial de doenças psicossomáticas clássicas. Acabaram por encontrar na maioria dos pacientes as características que já anteriormente foram descritas e que correspondem à definição do déficit afectivo a que chamaram de Alexitímia.

Sifneus (cit. Weinrib, 1995) descreve estes pacientes como “difíceis” para o clínico, aborrecidos e monótonos, com personalidades primitivas e perturbações nas relações objectais. Muitas vezes retirados, isolados, desprovidos de sensibilidade, passivo-dependentes e facilmente frustrados. Evidenciam uma marcada dificuldade de comunicar com o outro, dando a impressão de serem “enfadonhos”. No entanto Sifneus considera que estes traços de personalidade não se co-relacionam com a capacidade intelectual, o “background educacional” ou a capacidade verbal noutras áreas.

Apesar do conceito de alexitímia surgir sobretudo associado aos distúrbios psicossomáticos, traços similares têm sido encontrados noutros distúrbios, tal como a perturbação de Stress post-traumático, abuso de álcool e drogas, personalidade anti-social, entre outros (Weinrib,1995), mostrando assim que o estilo comunicativo alexitímico não é específico dos doentes psicossomáticos, mas que é sobretudo um factor de risco (entre outros) que parece aumentar a susceptibilidade à doença (Taylor, 1989).

Foi também proposta uma diferenciação entre alexitímia primária e secundária (Weinrib, 1995), sendo a primária semelhante a um atributo mais ou menos inato, e a secundária enquanto suposta função defensiva. Segundo Taylor (1989), a alexitímia é descrita como secundária em fenómenos como a diálise, transplante de órgãos e nas doenças em que se corre risco de vida nos cuidados intensivos. Isto é, corresponde a

uma alteração no Ego das pessoas atormentadas por dor física e em sofrimento, em que há um desligamento do mundo exterior e uma absorção total pelos sintomas.

A Escola Psicossomática de Paris

A partir de meados da década de 50, a Escola psicossomática de Paris, com Marty, M'Uzan, David, Fain e outros, rompe com as teorias da Escola Americana de Chicago, de Alexander e Dunbar, defendendo como tese fundamental, que a somatização ocorre devido à dificuldade destes doentes em elaborar mentalmente os seus conflitos, as suas contradições (Knight, 1989). Estes autores deram um impulso importante à Psicossomática na Europa, introduzindo vários conceitos inovadores, que fizeram escola até aos nossos dias, nomeadamente: o de pensamento operatório, depressão essencial, desorganização progressiva, relação objectal alérgica, entre outros.

Segundo Pierre Marty as actividades fantasmáticas e oníricas permitem a integração das tensões pulsionais, protegendo assim a saúde física do indivíduo. O “pensamento operatório” evidencia assim a carência funcional destas actividades, implicando uma maior probabilidade de somatização. Neste sentido, descreve o “pensamento operatório” nos pacientes psicossomáticos como um pensamento consciente, sem ligação com movimentos fantasmáticos apreciáveis.

Segundo Marty (1993), o Pensamento operatório não utiliza mecanismos mentais neuróticos ou psicóticos, e surge desprovido de valor libidinal, não permitindo sempre a exteriorização da agressividade. Ao nível relacional, este desligamento da vida fantasmática e onírica traduz-se por um estilo relacional particular que Marty denominou de “relação branca”.

Quanto à “depressão essencial”, esta refere-se a uma “depressão sem objecto, nem auto-

acusação, nem de culpabilidade consciente, onde o sentimento de desvalorização pessoal e de ferida narcísica se orientam electivamente para a esfera somática” (Marty, 1993). Esta sintomatologia depressiva define-se pela falta, apagamento em toda a escala da dinâmica mental, levando à supressão das relações originais com os outros e consigo mesmo e à perda do interesse pelo passado e futuro.

A Depressão essencial estabelece-se segundo Marty (1993) quando acontecimentos traumáticos desorganizam um certo número de funções psíquicas, sendo frequentemente precedida por angústias difusas, que traduzem a aflição profunda provocada pelo afluxo de movimentos pulsionais não dominados, deixando o ego submerso e sem cumprir o seu papel de ligação, distribuição e defesa. Não é tão exuberante como a depressão clínica propriamente dita, mas sem dúvida com um carácter mais letal.

Outro conceito introduzido pelos autores foi o de “desorganização progressiva”, que se poderia definir como “a destruição da organização libidinal de um individuo num dado momento” (Marty, 1993), levando na maioria dos casos a um processo de somatização. Esta desorganização desenrola-se de acordo com um processo contrário ao da organização evolutiva, ocorrendo quando, sob influência de traumatismos passados ou actuais, o equilíbrio homeostático é perturbado constatando-se um desaparecimento da hierarquia funcional e uma dispersão das funções anteriormente estabelecidas.

Segundo Marty (1993), a confusão e a desordem ganham um carácter progressivo e nenhum patamar regressivo cessa essa desorganização, o que lhe confere o seu carácter progressivo, levando a desorganizações de funções somáticas cada vez mais arcaicas no plano evolutivo. Este processo pode assim desenvolver-se até à destruição dos equilíbrios primários da vida individual. No entanto, no geral, a desorganização não persiste muito tempo devido ao poder dos Instintos de vida.

Uma das doenças que despertou o interesse desta Escola foi a Alergia, a qual mereceu uma atenção especial. Marty identificou nestes pacientes um estilo relacional particular que chamou de “relação objectal alérgica”. Este tipo de relação definia-se “por uma tentativa permanente do sujeito se aproximar do objecto, nos movimentos sucessivos de apreensão (identificatória e projectiva) do objecto, depois de um arranjo dessa identificação primária. O fracasso da tentativa desencadeava uma regressão estabilizadora, correspondendo a uma fixação arcaica do tipo humoral e ocasionava as crises somáticas de alergia” (Marty, 1993).

Teoria de António Coimbra de Matos

Coimbra de Matos, fundador e actual Presidente da Sociedade Portuguesa de Psicossomática, desenvolveu também teoria nesta área, reformulando de forma original alguns conceitos já delineados anteriormente, sobretudo por Marty. O seu pensamento acerca deste tema tem por base sobretudo três conceitos base: depressão falhada, sonho falhado e raiva amordaçada.

Segundo Coimbra de Matos (2003), uma das principais características etiopatogénicas da patologia psicossomática é a “depressão falhada”. Esta é definida pelo autor como uma depressão não organizada mentalmente, que se traduz apenas pela “depressão biológica” e não por uma depressão clínica propriamente dita. Este cenário cria uma propensão para o adoecer somático, pois acarreta uma diminuição da reactividade dos sistemas biológicos de adaptação e um abatimento da auto-regulação homeostática e das capacidades de auto-reparação do organismo.

O que origina e desencadeia a depressão falhada é “a perda empática original e

reiterada; ou seja, a desarmonia afectiva na díade” (Matos, 2003). O bebé, “por falência do continente materno, não desenvolve a capacidade de intropatia (leitura dos próprios afectos e interacções), abortando o seu desenvolvimento emocional, fantasmático e simbólico” (Matos, 1999) Para explicar a origem desta depressão o autor assinala a importância fulcral dos primeiros tempos de vida (antes dos 6 meses de vida), altura anterior ao estabelecimento da memória de reconhecimento, de representação mental do objecto libidinal investido. Face a esta patologia da má responsividade objectal, “não há assim lugar para o sentimento de perda de objecto ou de amor de objecto”, pois “sem amor também não existe a possibilidade de perdê-lo” (Matos, 2003)

É também por volta dos 6 meses (entre os 3 e os 8 meses) que o indivíduo estrutura o seu narcisismo primordial, o qual, devido às falhas empáticas e amorosas das figuras parentais, se encontra ameaçado. Face a este cenário, a mente do bebé não se desenvolve criativamente, ficando reduzida a uma protomente: é o “sonho falhado”. Assim, “à lacuna ou falha narcísica básica ou primária, o indivíduo vai responder por um duplo comportamento: submissão e conformismo por um lado, e por outro, com adaptação ao real servida por uma lógica de razão, conveniência e utilidade” (Matos, 1999).

Neste cenário de conformismo, não sobra assim nenhum espaço para o desejo próprio, para a fantasia e lógica dos afectos. Os sentimentos de frustração, não sendo vividos psicologicamente, acabam por gerar tão-só “uma irritabilidade no funcionamento orgânico, por acumulação de tensões sem descarga pelo comportamento dirigido a objectivos: é a “raiva amordaçada” (Matos, 2003)

Coimbra de Matos realça ainda o conceito de “depressividade”, que segundo ele está também muitas vezes na base de muitas patologias psicossomáticas, assim como alguns

quadros de toxicod dependência e de perturbações do comportamento. A depressividade distingue-se da depressão propriamente dita e da depressão falhada, já que se configura enquanto um traço de personalidade, constituído por uma depressão latente e larvar com uma mistura de atributos de depressão anaclítica e depressão introjectiva. Segundo Matos (2003) a sua origem relaciona-se com perdas afectivas cumulativas na primeira infância e limitação excessiva do comportamento espontâneo e reactivo, caracterizando-se pela presença de um estado de abatimento/desânimo geral, inibição fóbica, baixa auto-estima e submissão a um super-ego primitivo e imaturo. No fundo, a depressividade neste contexto, pode ser vista como um factor de risco potencial para o desenvolvimento de patologia somática.

Vinculação e Psicossomática

A reacção das crianças à separação do prestador de cuidados foi tradicionalmente explicada pela teoria Freudiana dos instintos. No entanto ela recebeu uma contribuição extraordinária em meados dos anos 60 com John Bowlby, com a sua teoria da vinculação. Bowlby (1975) assinala que a teoria da vinculação é uma forma de conceptualizar a propensão humana de construir fortes laços afectivos com outros significativos, e as diversas formas de angústia e perturbação emocional (ansiedade, raiva, e depressão), que a separação “forçada” acarreta.

Outro contributo nesta área foi dado por Hofer (cit. Taylor, 1989), com o seu conceito de “processos regulatórios escondidos”. Este autor efectuou inúmeras experiências, sobretudo com animais, onde constatou que alguns dos processos biológicos da criança (batimento cardíaco, ritmo sono-vigília, regulação do crescimento, termo-regulação, entre outros), são afectados pelas nuances relacionais mãe-bebé. Certas alterações regulatórias do bebé puderam ser explicadas devido não só à qualidade da relação, mas

também às reacções à separação. Concluiu também que estes processos regulatórios contribuiriam e facilitariam a vinculação.

Hofer (Taylor, 1989) propôs então uma teoria unificadora em que os comportamentos de vinculação nas crianças se desenvolveriam simultaneamente com os processos regulatórios biológicos nas interações mãe-bebé. “Esta concepção proporciona um modelo psicobiológico de interações “mente-corpo-meio ambiente”, em que a perda da Mãe evoca não só respostas psicológicas, mas também um impacto directo no corpo devido à privação das regulações biológicas prévias fornecidas pela Mãe” (Taylor, 1989). Os trabalhos de Spitz mostram muito bem isto mesmo, em que a sintomatologia (depressão anaclítica, somatizações e alta taxa de mortalidade) evidenciada pelas crianças institucionalizadas que estudou, foram atribuídas à perda da relação emocional com as suas Mães.

Outros estudos mais recentes feitos com adultos evidenciam a existência de padrões particulares de vinculação nos doentes psicossomáticos, em particular o padrão “ansioso” de vinculação (Stuart e Noyes, 1999), que se reflecte, segundo os autores, numa constante procura de cuidados de saúde, que é sobretudo significativa em períodos de vida mais stressantes. Outro estudo (Ciechanowski et al, 2002) evidencia que o estilo de vinculação é um factor importante para avaliar a percepção sintomática e a utilização dos serviços de saúde. Os pacientes que evidenciam neste estudo mais relatos de sintomas correspondem aos estilos de vinculação “preocupado” e “receoso”.

A Teoria Relacional de Sami-Ali

Sami-Ali, a partir de meados dos anos 60, começou a desenvolver uma teoria psicossomática colocando ênfase no papel do imaginário e sua ligação ao corpo. Ao

introduzir uma nova dimensão clínica a estes fenómenos, assinalou a importância da experiência corporal, na sua dupla referência ao real e ao imaginário. Sendo que “o corpo real e o corpo imaginário não constituem duas entidades, mas sim, os extremos entre os quais oscila todo o funcionamento psicossomático”. (Sami-Ali, 1993)

Este modelo permite pensar o sujeito psicossomático partindo ora do psíquico para o somático, ora do somático para o psíquico, tendo como cerne o sujeito enquanto unidade psicossomática complexa. Além disso, valorizou num mesmo modelo, não só o funcionamento psíquico, mas também as situações de vida. Introduce assim uma lógica de causalidade circular, em que não existem relações causais únicas e irreversíveis. Assim, para se compreender esta unidade psicossomática é necessário ter em conta uma ampla variedade de sintomas psíquicos e somáticos, assim como a natureza das ligações que podem existir entre eles (sob mediação da relação).

Neste modelo “não há de um lado o psíquico e do outro o orgânico, mas (há sim) variáveis psíquicas e variáveis ditas orgânicas (que), são de facto duas maneiras de colocar o problema da relação” (Sami-Ali, 1992). Uma “relação original”, existente antes e depois do nascimento, que permite colocar o conjunto dos problemas psicossomáticos. É esta relação que existe em primeiro lugar, sem sujeito nem objecto, indo estes suceder-se de seguida em situações regidas pelo relacional, pelo biológico e pelo fisiológico.

Sami-Ali face à constatação das limitações de um modelo bi-dimensional patente nas teorias de Freud e pós-Freud, propõe um modelo de somatização multidimensional que permite uma visão de conjunto e de continuidade dos fenómenos psicossomáticos, sem se enclausurar num sistema fechado. Este modelo apresenta-se sob a forma dialéctica de doze pares de conceitos, os quais definem respectivamente, doze categorias propostas

para pensar o somático. São elas:

1. Corpo real – Corpo imaginário
2. Sentido primário – Sentido secundário do sintoma orgânico
3. Imaginário (projectão) – Banal (ausência de projectão)
4. Função psicossomática constituída – Função psicossomática em vias de constituição
5. Regressão – Impossibilidade de regressão
6. Sintoma neurótico ou psicótico (formação simbólica) – Equivalente orgânico de um sintoma neurótico ou psicótico
7. Recalcamento conseguido – Recalcamento falhado
8. Recalcamento de um conteúdo imaginário – Recalcamento da função de imaginário
9. Impasse ultrapassado (psicose) – Impasse inultrapassável (somatização)
10. Causalidade linear – Causalidade circular
11. Somatização reversível – Somatização irreversível
12. Passagem do psíquico ao somático – Passagem do somático ao psíquico.

(Sami-Ali, 1992)

Estes conceitos não são definidos pelo autor, pois o modelo não tem como finalidade apenas a descrição dos fenómenos somáticos, mas mais que isso, a sua interpretação. Do modelo acima apresentado destaca-se como conceito principal, o “imaginário” enquanto função e a sua ausência pelo recalcamento. Estabelece-se então uma dupla correlação, positiva e negativa, que rege todo o campo da psicossomática:

- Uma correlação positiva entre projecção e somatização, dando lugar, na conversão histórica, a uma psicopatologia por excesso de imaginário.
- Uma correlação negativa entre projecção e somatização, dando lugar, a uma patologia somática não conversiva por defeito de imaginário.

Segundo Sami-Ali (1992), a somatização histórica e não-histórica são determinadas pela sua relação com o imaginário, sendo uma e outra os extremos de um continuum em que, as passagens, as misturas, os cruzamentos são possíveis, consoante predomine o imaginário ou ele sucumba ao recalçamento.

Quanto ao conceito de imaginário, Sami-Ali entende-o enquanto função que se actualiza por oposição ao real, podendo ser entendido como um conceito simultaneamente psicológico e biológico. E isto porque o imaginário corresponde ao sonho e seus equivalentes em estado de vigília: delírio, fantasma, alucinação, ilusão, crença, jogo, transferência, comportamento mágico, humor, afectos e outros. Em todos estes estados se projecta a subjectividade, e isto é tanto mais importante quanto se sabe que o corpo possui um poder original de projecção, fornecendo um esquema de representação mental da realidade, ao constituir no imaginário um espaço, um tempo e um objecto. (Martins, 1998)

Assim, segundo Sami-Ali (1992), no cruzamento do subjectivo e do objectivo, do sonho e da percepção, do afecto e do pensamento, é o corpo próprio que sustenta a representação, não impedindo isto que a representação, em alguns casos se possa separar da subjectividade pela sua banalização numa linguagem verbal ou pictórica institucionalizada (banal).

Para não cair num modelo de “extremos categoriais” temos, segundo o autor, que pensar num movimento ininterruptamente de um extremo ao outro, e que, pela sua multidimensionalidade, permite dar conta dos fenómenos de somatização em toda a sua extensão. Assim, a partir da relação que se estabelece com o imaginário, temos três formas de somatização: o figurado, o literal e o neutro; que correspondem a degraus de passagem do corpo imaginário ao corpo real:

- Ao insucesso do recalçamento, corresponde a “Psicopatologia Freudiana”, em que a somatização resulta do figurado;
- Ao sucesso do recalçamento, corresponde a “patologia de adaptação”, em que predomina o literal e o neutro;
- À oscilação entre o recalçamento falhado e o recalçamento conseguido corresponde uma “patologia mista”, onde alternam o figurado, o literal e o neutro.

Como já vimos anteriormente, na Histeria existe uma correlação positiva com a projecção, havendo um corpo repleto de um imaginário que o desrealiza. Nestes casos, o sintoma conversivo corresponde ao insucesso do recalçamento e ao seu retorno, tendo este um sentido simbólico primário e um carácter funcional irreversível.

Noutros casos, o recalçamento é mantido, não sobre uma representação ou afecto, mas sobre o imaginário enquanto função. Expressões como: “nunca sonho”, “não me lembro dos meus sonhos”, ou “...sonho poucas vezes...estou lá no meu trabalho”, são exemplo frequentes do discurso de pessoas com doenças orgânicas graves quando questionadas relativamente aos seus sonhos. Nestes casos, a patologia acenta neste recalçamento do imaginário, que é um recalçamento da subjectividade. Havendo uma clara sobrevalorização do “exterior” enquanto sistema normativo sócio-cultural, ao qual o

sujeito se adapta radicalmente não deixando espaço para a subjectividade.

Esta “patologia da adaptação” (Sami-Ali, 2002) põe em evidência o facto dos obstáculos com que se depara a actividade projectiva serem contornados por truques adaptativos, cuja única finalidade é reproduzir à escala do individuo um modelo de funcionamento consagrado pelo uso social. Resulta daí um conformismo que reenvia para o vazio deixado pelo recalçamento da função do imaginário. Segundo Sami-Ali (1992), “isto é uma maneira de estar alienado de si próprio mas contente de o ser; ...aqui os traços de carácter substituem os sintomas, a formação caracterial suplanta a formação sintomática”. A existir nestas condições uma somatização, esta só pode ocorrer no corpo real, pois o imaginário enquanto função se encontra recalçado, não estando ao dispor do sujeito.

Este autor vem enfatizar a importância das primeiras relações e da função materna, a qual intervém sobretudo enquanto sincronizadora dos ritmos do bebé, “função que tem um papel determinante no estabelecimento dos ritmos e especialmente nos ritmos do sono-vigília e nos ritmos de regulação térmica” (Sami-Ali, 1992). Quando existe perturbação nesta relação diádica, muitas vezes ela manifesta-se ao nível dos próprios ritmos, constituindo-se como factor de risco para a eclosão de doenças. Um exemplo paradigmático disso mesmo é a depressão materna e o impacto que tem a este nível na saúde do bebé, configurando-se segundo o autor como uma situação de impasse que não deixa saída possível ao sujeito.

Sami-Ali considera que a actividade onírica, já perceptível na vida intra-uterina, pela alternância do sono lento e do sono paradoxal no feto, constitui o próprio núcleo do ser humano e representa o primeiro funcionamento do homem que o liga ao reino animal. Pois o sonho “não pode estar separado de um ritmo biológico específico...; ritmo após o

nascimento, antes do nascimento, ritmo que é condição vital para a iniciação da actividade onírica” (Sami-Ali, 2001)

As questões relativas aos ritmos (tempo) e ao espaço, surgem na teoria de Sami-Ali como duas dimensões fundamentais para a compreensão da realidade humana no geral, e dos fenómenos psicossomáticos em particular. Estas duas dimensões constituem-se a partir da experiência corporal, já que é “o corpo próprio que vem modular a projecção que, ao exercer-se sobre o mundo sensível, vai possibilitar que estes se comecem a desenhar no espaço e no tempo” (Martins, A.C., 1998). Nesta perspectiva, os objectos constituem-se como imagens do corpo, sendo o espaço iminente mente corporal.

Sami-Ali (1992) critica os teóricos da psicossomática que procuraram sempre fazer derivar a doença orgânica dum funcionamento específico ou dum defeito de determinado funcionamento, reiterando que não parece de modo algum válido pois a patologia deverá sempre definir-se pelo funcionamento e pelas situações conflituais. O autor realça particularmente o caso das situações de conflito em que, faça-se o que se fizer, não há solução possível, seja porque todas as soluções se encaixam umas nas outras repondo o problema, seja, pelo contrário, porque elas se anulam mutuamente. A este tipo de situações conflituais Sami-Ali chamou “Impasse”.

É nesta perspectiva que o autor conclui que existe sempre uma situação de impasse quando nos deparamos com uma doença orgânica grave. Quanto ao conceito de stress, Sami-Ali que: “o impasse demonstra ser um conceito bastante geral, capaz de incluir o conceito de stress, sendo que este tem lugar numa situação de bloqueio que torna impossível toda a reacção de ataque ou fuga” (Sami-Ali, 2001). Noutros termos, segundo este autor, o stress é uma forma particular de impasse

Neste sentido a investigação e avaliação do paciente que procura ajuda deverá procurar entender a lógica desse impasse relacional (biológico e afectivo). O trabalho terapêutico por seu turno deverá incidir na resolução do mesmo, no sentido de permitir uma expansão do sujeito para além dos limites que o próprio impasse teceu, rompendo o recalçamento do imaginário ou da função do imaginário.

Poderíamos concluir referindo que a perspectiva de Sami-Ali “deve ser compreendida sob o ângulo da oposição corpo real-corpo imaginário, perspectiva que não isola o psíquico do somático, que instaura uma dupla correlação negativa e positiva entre imaginário e somatização, e que concebe toda a patologia como um processo psicossomático regido pelo princípio da variabilidade sintomática” (Contant e Calza, 1989).

A interface corpo-mente - relações entre os sistemas nervoso, endócrino e imunitário

Estivemos até aqui a explorar as principais correntes teóricas e conceitos no campo da Psicossomática. Todas estas teorias articulam o psíquico com o biológico sem nunca explicar claramente como é que se dá esta apaixonante ligação ou os mecanismos biológicos subjacentes ao processo de somatização. Julgamos assim pertinente a introdução de um capítulo que procure tecer estas ligações algo “obscuras”, sabendo de antemão que esta abordagem ficará sempre aquém da expectativa do leitor que espere encontrar aqui a solução para o enigma desta fascinante relação mente-corpo.

Os autores da Escola de Chicago (Alexander, Dunbar e seus seguidores) e das teorias do Stress incluíram nos seus modelos pressupostos psicofisiológicos na compreensão do processo de somatização, mas desconheciam as relações intrínsecas que se têm constatado e investigado nos últimos anos entre os sistemas nervoso, endócrino e imunitário. Investigações recentes têm cada vez mais sublinhado o estreito relacionamento entre estes três sistemas, abrindo assim caminho para uma compreensão científica da “depressão imunitária” e do conseqüente processo de somatização.

O objectivo principal deste capítulo consiste na exploração dos principais sistemas orgânicos (nervoso, endócrino e imunitário) envolvidos nos processos que conduzem à somatização, no sentido de descrever os principais actores, suas funções singulares e o seu contributo na rede neuroimunoendócrina. As questões genéticas/hereditárias não foram aqui exploradas, dada a sua complexidade técnica-científica. No entanto, a nossa perspectiva é a de que o campo da genética tem um papel *significativo* em todo este processo, mas não a pode reduzir a um simples fado previamente gravado nos genes do

sujeito. O facto de determinada doença eclodir em determinado momento da história do sujeito é um facto singular que ocorre num sujeito singular, com uma história pessoal e relacional única, num momento singular da sua história. Seria um reducionismo grosseiro ignorar isto mesmo. No entanto este campo de investigação permite porventura perceber porque é que determinado individuo padece de determinada patologia e outro de outra diferente.

Este capítulo torna-se pertinente na nossa opinião pois salvaguarda as variáveis médicas/biológicas, as quais, apesar de não serem o campo de domínio dos investigadores, são essenciais para qualquer intervenção diagnóstica e terapêutica no campo da psicossomática. O objectivo não é que o Psicólogo Clínico se ocupe da intervenção médica, mas assinala a importância destas variáveis e a óbvia necessidade de parceria técnica no trabalho clínico, que se quer eficaz e realista.

A pertinência deste capítulo deve-se também ao facto do campo da psiconeuroimunologia, como refere Kiecolt-Glaser (2002), ter emergido com o contexto das investigações em psicossomática, sobretudo a partir dos anos 40. Estes estudos relacionaram características psicológicas, comportamentos e emoções com o aparecimento de doenças e sua progressão, incluindo a asma, úlcera péptica, cancro, doenças auto-imunes e doenças infecciosas.

Sistema Nervoso

Generalidades

O sistema nervoso do homem “é um conjunto coerente de células vivas cuja complexidade de estrutura e de regras de organização fazem dele o sistema biológico de

longe mais elaborado e mais sofisticado de todas as estruturas vivas” (Habib, 2000). A maioria das espécies de animais “mais evoluídas” possuem um sistema nervoso organizado em duas regiões gerais: o Sistema nervoso central (SNC) e o Sistema nervoso periférico (SNP).

O SNP é composto pelos nervos que se estendem do SNC pelo resto do corpo. No entanto, a maioria das células nervosas estão situadas no SNC, o qual assume o papel de interpretar as entradas sensoriais e de seleccionar e transmitir os sinais de resposta apropriados através do SNP. Os nervos periféricos podem ser subdivididos, com base na função, em: Sistema nervoso somático (SNS), e Sistema nervoso autónomo (SNA).

Os neurónios do SNS levam os sinais das estruturas sensoriais aos músculos do esqueleto, à pele e a outras partes do corpo, sendo assim co-responsável pelas acções reflexas e pelas respostas que requerem um esforço voluntário por parte do indivíduo. Os neurónios do SNA controlam os músculos do sistema digestivo e circulatório, as glândulas e outros órgãos que funcionam de modo mais ou menos automático, independentemente de qualquer “vontade” do sujeito.

As fibras nervosas autónomas (SNA) podem ser classificadas em Simpáticas e Parassimpáticas. O sistema simpático estende-se de regiões da medula espinal, e as fibras parassimpáticas estendem-se quer do encéfalo, quer da medula espinal. Estes dois sistemas têm influência em muitos órgãos, tendo um carácter antagónico, isto é, cada um contraria o efeito do outro, numa acção semelhante à noção de “Ying – Yang” das filosofias orientais.

O SNC “é um conjunto contínuo de formações nervosas no seio do qual se distinguem quatro partes, cada uma com certo número de funções ou especializações” (Habib,

2000): a medula espinal, o tronco cerebral, o cerebelo e o cérebro. A medula espinal, recebe as informações vindas do ambiente e envia o comando do movimento para os músculos. O Tronco cerebral tem um papel idêntico ao da medula, mas para o segmento cefálico, e um papel específico no controlo de certas funções vitais (sono, temperatura corporal, respiração, ritmo cardíaco, etc). O cerebelo possui funções que dizem respeito ao equilíbrio e ao controlo de movimentos do corpo. O Cérebro, o qual comporta dois hemisférios distintos, é responsável pelas funções mais elaboradas, perceptivas, motoras e cognitivas, essencialmente a cargo do córtex cerebral.

Antes de prosseguirmos nesta exploração sobre os componentes do Sistema Nervoso, é importante debruçarmo-nos um pouco sob o componente mais básico: as células nervosas: neurónio e células gliais. O Neurónio (célula nervosa mais importante) contém três regiões distintas: corpo celular, dendrites e axónio. O corpo celular é o centro metabólico do neurónio e tem no seu interior um núcleo com material genético. As dendrites destacam-se do corpo celular como finas arborizações constituindo o aparelho receptor do neurónio, recolhendo a informação de outras células. O axónio corresponde ao destacamento único e de dimensão variável do corpo celular e representa a unidade condutora do neurónio.

Os axónios representam no fundo as fibras nervosas, das quais podemos distinguir dois tipos: as mielínicas e as amielínicas, conforme o axónio é coberto ou não por uma bainha de matéria gorda: a mielina. “Esta desempenha um papel essencial na rapidez de condução do influxo nervoso” (Habib, 2000). Os prolongamentos dos neurónios têm uma importância capital, já que é graças a eles que a comunicação (contacto) entre neurónios é possível. Estes contactos têm o nome de Sinapses.

A Sinapse é o lugar de conexão entre dois neurónios, sendo portanto o lugar onde se

efectua a transmissão da informação de um neurónio para outro. Consideram-se dois tipos de sinapses: eléctricas (transmissão por um processo puramente eléctrico) e químicas (fazem intervir a secreção e libertação de substâncias químicas; é o mais frequente, e logo a que reveste maior interesse). A sinapse compreende duas partes: o botão sináptico (dilatação terminal do axónio do “primeiro” neurónio; é o elemento secretor) e o elemento pós-sináptico (pertence ao “segundo” neurónio; é o elemento receptor). Entre os dois situa-se o espaço ou fenda sináptica.

Os Neurotransmissores

É no botão sináptico que podemos encontrar os neurotransmissores, que são substâncias químicas que se encontram em pequenas vesículas (sacos). Cada terminação axónica possui um neurotransmissor que lhe é próprio, e em geral um só. Podemos encontrar também sinapses cujo receptor é uma glândula (sinapse neuroglandular) ou então um músculo (sinapse neuromuscular). O princípio fundamental do funcionamento de uma sinapse é a transformação de uma mensagem eléctrica numa mensagem química. O transmissor pode ter não só um efeito de activação, mas também inibidor. “É então a soma dos efeitos excitantes e inibidores que será tida em conta para desencadear ou não o potencial de acção” (Habib, 2000).

Alguns dos principais neurotransmissores:

- A Acetilcolina (AC) – foi a primeira a ser descoberta, existindo no cérebro, junção neuro-muscular e ao nível de certas sinapses do SNS e SNP.
- As Catecolaminas – são um grupo de substâncias derivadas de um aminoácido (a fenilalanina). A sua formação segue a seguinte sequência: fenilalanina -> tirosina -> dopa -> dopamina -> noradrenalina -> adrenalina. As quatro últimas substâncias referidas correspondem a neurotransmissores. A dopamina é

particularmente importante no controlo de movimentos e de postura. A noradrenalina está presente no SNV e no sistema límbico, e o seu papel parece estar ligado aos processos de vigília/sono. Quanto à adrenalina, esta “não tem acção própria sobre o SNC, mas actua na periferia sobre as vísceras como verdadeira hormona do stress”. (Habib, 2000)

- A Serotonina – “A sua actividade nos neurónios serotinérgicos do SNC está relacionada com o controlo do ciclo vigília-sono, do comportamento sexual, alimentar e outros” (Alves Gomes, 1986)
- Os Péptidos opiáceos ou opióides – As encefalinas e endorfinas, cuja fórmula química é semelhante à da morfina, têm propriedades importantes sobre a Dor, mas também em numerosos mecanismos psicológicos e comportamentos complexos, tais como a agressividade, a sexualidade, as pulsões, o prazer, a habituação, etc.

Do ponto de vista anatómico, “cada tipo de neurotransmissor possui especificamente a sua própria rede de neurónios, de maneira que pode falar-se de sistema colinérgico, sistema noradrenérgico, sistema dopaminérgico, etc” (Habib, 2000). Sendo que cada um destes sistemas possui uma função própria.

Voltamos agora ao SNC para descrever uma das estruturas mais importantes ao nível cerebral, cujas funções são de carácter relevante para a temática do presente trabalho.

O Hipotálamo

É um conjunto de núcleos de substância cinzenta encostados à face mediana do diencefalo, por traz da haste hipofisária, o que permite a comunicação de alguns dos seus núcleos com a hipófise. O hipotálamo contém dois tipos de neurónios, que

correspondem às suas duas modalidades de acção: os Neurónios propriamente ditos (em conexão com os outros elementos do sistema límbico e com os elementos SNV, estando directamente na base das acções comportamentais do hipotálamo) e as Células neuro-secretoras, cuja função é regular a secreção de certas hormonas libertadas na circulação sanguínea e que podem intervir nos comportamentos por esta via. Distinguem-se dois tipos de células neuro-secretoras: magnocelulares e parvocelulares.

As células magnocelulares libertam factores hormonais directamente na circulação geral por intermédio da hipófise posterior (neuro-hipófise). As células parvocelulares libertam péptidos (releasing factors) que estimulam a secreção pela hipófise anterior de diferentes hormonas. Assim, o hipotálamo exerce a sua acção de forma conjunta por dois mecanismos complementares: “um, que utiliza a via humoral e que leva à secreção em quantidade variável de diversas hormonas pela hipófise e pelas outras glândulas endócrinas; a outra que utiliza a via neurónica e modifica o funcionamento de diferentes vísceras por intermédio das estruturas SNV” (Habib, 2000).

No fundo, as alterações vegetativas (aceleração ou retardamento do ritmo cardíaco, alterações respiratórias, digestivas, sudção, vasomotoras, etc) observadas durante as reacções emocionais são a resultante da entrada em acção destas duas vias. O hipotálamo é visto assim como a sede dos principais mecanismos que levam à homeostasia. Este papel primordial do hipotálamo é explicado também pela sua posição anatómica, verdadeira interface entre o meio interno e o sistema límbico, com o qual aquele está em conexão preferencial.

O hipotálamo constitui assim uma “ponte” de enorme importância para a compreensão das ligações entre o Sistema nervoso e os outros sistemas orgânicos e seu equilíbrio homeostático. O seu papel neuro-hormonal poderá ser melhor compreendido no capítulo

seguinte, através da exploração do Sistema Endócrino.

Sistema Endócrino

Generalidades

O Sistema endócrino (Nelson, 1995) é em primeiro lugar um sistema de comunicação química, sendo o seu elemento básico, a hormona. Apesar de existirem hormonas também nos sistemas orgânicos vegetais, as hormonas nos animais são produzidas por estruturas especializadas a que chamamos glândulas. Poderíamos começar por sublinhar algumas das características gerais deste sistema.

As glândulas endócrinas não têm canais de secreção e caracterizam-se por estar bastante irrigadas de sangue. As hormonas, produtos das glândulas endócrinas, são libertadas na corrente sanguínea, podendo viajar no sangue virtualmente para qualquer célula do corpo, e interagir potencialmente com qualquer célula que tenha receptores apropriados. Os receptores hormonais estão normalmente em locais específicos da célula (sobretudo na membrana) e interagem com uma hormona em particular ou tipo (classe) de hormonas.

Algumas glândulas no corpo, denominadas Exócrinas, têm canais (“tubos”), nos quais lançam os seus produtos. Alguns exemplos deste tipo de glândulas são: as salivares, as sudoríparas e as mamárias. Em contraste, os produtos das glândulas endócrinas são lançados directamente no sangue. Também existe o caso de certas glândulas possuírem tanto estruturas exócrinas como endócrinas, como é o caso do Pâncreas. Quanto à influência neuronal, “embora muitas glândulas endócrinas sejam destituídas de

conexões neuronais directas, em alguns casos o controlo neuronal dos níveis de fluidez sanguínea, pode indirectamente influenciar a actividade endócrina” (Nelson, 1995).

Os receptores hormonais localizados nas células são semelhantes a uma “fechadura”, e a hormona age como uma “chave” na fechadura. As proteínas do receptor ligam-se às hormonas com grande afinidade e geralmente com especificidade. Como resultado de tão grande afinidade, as hormonas podem ser muito potentes nos seus efeitos. Consideram-se quatro classes de hormonas: Esteróides, Polipéptidos, Monoaminas e Hormonas “lipídicas” .

As Glândulas Endócrinas

Geralmente, apenas uma classe de hormonas é produzida por uma determinada glândula, mas existem excepções. A localização dos principais órgãos endócrinos nos humanos são: hipotálamo, hipófise, tiróide, pâncreas, tracto gastrointestinal, glândulas adrenais, glândula pineal e gónadas (testículos e ovários). Vamos de seguida centrarmo-nos naquelas que revestem maior interesse para o presente trabalho.

O hipotálamo, como referimos anteriormente, é um conjunto de corpos celulares (substância cinzenta) na base do cérebro, e recebe informações de diversas partes do cérebro. As células neurosecretoras do hipotálamo funcionam como glândulas. As suas mensagens químicas, neuro-hormonas, são libertadas mediante impulsos neuronais, mas em vez de serem libertadas no espaço sináptico, são libertadas em vasos sanguíneos na hipófise. O sistema de comunicação química entre hipotálamo e hipófise é uma das áreas em que as fronteiras entre os sistemas nervoso e endócrino se misturam.

A hipófise ou glândula pituitária é talvez a glândula mais importante na mediação dos

processos endócrinos. Esta estrutura é na realidade composta por duas glândulas distintas fundidas numa só: a hipófise anterior e a hipófise posterior. O hipotálamo comunica com a hipófise por dois métodos: um circuito sanguíneo fechado (“portal system”) onde são lançadas neurohormonas hipotalâmicas para a hipófise anterior, e por um conjunto de células neuro-secretoras hipotalâmicas que comunicam com a hipófise posterior. As neurohormonas são assim libertadas directamente nesta estrutura, entrando nos vasos sanguíneos e na circulação geral.

Quando as neurohormonas hipotalâmicas são segregadas no “portal system” e chegam à hipófise anterior, esta liberta hormonas próprias. Apesar da hipófise anterior receber pouco “input” neuronal, os seus vasos sanguíneos são bastante inervados, e os sinais neuronais podem aumentar ou diminuir o diâmetro destes vasos para alterar as taxas de fluidez sanguínea e regular efectivamente a distribuição da hormona. É composta por três tipos de células diferentes, as quais segregam diferentes hormonas.

A hipófise posterior é uma espécie de reservatório de duas neurohormonas: a oxitocina e a vasopressina, que são produzidas no hipotálamo. Certos axónios hipotalâmicos, com funções quer neuronais (condução de impulsos eléctricos), quer endócrinas, transportam a oxitocina e a vasopressina, a qual fica armazenada em pequenas vesículas, sendo depois libertadas no sangue, em resposta a um impulso nervoso.

As glândulas Supra-renais são órgãos bilaterais, situadas por cima de cada um dos rins. Tal como na hipófise, podemos diferenciar dois órgãos distintos: o córtex e a medula supra-renal. Esta última corresponde ao interior da glândula, e segrega três hormonas monoaminas no sangue, em resposta a impulsos nervosos: a epinefrina, norpinefrina e a dopamina. O Córtex supra-renal é composto de três zonas distintas, que correspondem a três divisões funcionais de produção de hormona. Apesar de todas produzirem

hormonas esteróides, estas são diferentes consoante a zona.

A Glândula Pineal caracteriza-se por produzir sobretudo melatonina, tendo funções ao nível cronobiológico. As Gónadas (testículos ou ovários) têm duas funções: produzir os gâmetas (espermatozóides ou óvulos) e produzir hormonas (esteróides), as quais são necessárias para o desenvolvimento dos gametas e das características sexuais secundárias. As funções das gónadas são reguladas por hormonas produzidas na hipófise anterior.

As Principais Hormonas

As Hormonas Esteróides

As Supra-renais e as Gónadas são a fonte mais comum de esteróides. O precursor de todas estas hormonas é o colesterol, cujas funções mais conhecidas estão ligadas às consequências cardiovasculares do seu excesso no sangue por via alimentícia. No entanto, o nosso corpo também o produz, e o seu papel é importante em vários processos bioquímicos. O Colesterol é convertido numa hormona esteróide nas Supra-renais ou nas gónadas, em resposta à acção de várias hormonas da hipófise anterior. Podemos dividir em dois grupos de esteróides: os C21 (progestinas e corticóides), os C19 (androgenos) e os C18 (Estrogenos).

Quanto às primeiras: as progestinas são importantes na manutenção da gravidez e no iniciar/findar dos comportamentos de acasalamento. Os corticóides são produzidos nas supra-renais e têm efeitos comportamentais associados com a manutenção das funções corporais (tal como o apetite de Sal). Existem dois tipos de corticóides: os glucocorticóides (o mais importante é o cortisol; são segregados na resposta a estímulos de stress) e os mineralocorticóides (a aldosterona é o mais importante; com funções no

metabolismo de Sódio e potássio).

O mais importante dos Androgenos é a Testosterona . São produzidos nos testículos, e têm muitas funções comportamentais e fisiológicas. Algumas dessas funções dos androgenos são: espermatogênese, manutenção do tracto genital, manutenção dos órgãos sexuais acessórios, caracteres sexuais masculinos, comportamentos (agressividades, acasalamento, corte, e outros comportamentos sociais).

Os estrogénos são produzidos nos ovários, e o seu principal representante é o estradiol. Têm funções ao nível dos caracteres secundários femininos, do “canal” genital, funções metabólicas (do cálcio, da água, p.ex.), no comportamento sexual, etc. É importante que tanto os estrogénos como os androgenos existem em ambos os sexos, mas em concentrações diferentes.

As hormonas esteróides “sexuais” são primordialmente formadas nas gónadas, mas também podem ser produzidas nas supra-renais, com os gluco-corticóides e mineralo-corticóides.

As Hormonas polipeptidas e Proteínas

A maior parte das hormonas são proteínas: Insulina, neurohormonas do hipotálamo, algumas hormonas da hipófise anterior, calcitonina, paratiróide, hormonas da hipófise posterior. As proteínas e hormonas polipeptidas são solúveis no sangue e, ao contrário dos esteróides, podem ser armazenadas em células endócrinas e libertadas na circulação sanguínea por exocitose.

As hormonas hipotalâmicas são pequenos péptidos, com propriedades semelhantes à dos neurotransmissores. Actuam como hormonas na hipófise anterior, e como

neurotransmissores no resto do SNC. Algumas provocam um efeito secretor (TRH, GnRH, CRH, GHRH), e outras inibidor (GHIH, dopamina) de hormonas da Hipófise anterior.

As hormonas da hipófise anterior são polipéptidos. Como vimos anteriormente, a hipófise anterior é composta por três grupos de células: os acidófilos, basófilos e cromatóforos. A LH, a FSH e a TSH são libertadas pelos basófilos, e são conhecidos no conjunto como Glicoproteínas. As duas primeiras são também conhecidas como Gonadotropinas porque, respondendo à GnRH, estimulam a esteróido-génese nas gónadas e o desenvolvimento/maturação dos gâmetas. A TSH, respondendo à TRH, estimula a glândula tiróide a libertar hormonas tiróideas.

A Hormona de crescimento (GH) e a prolactina são libertadas pelos acidófilos. A GH é libertada em resposta à GHRH do hipotálamo, e tem funções ao nível da estimulação do crescimento somático (corporal), da produção de substâncias de crescimento-regulação pelo fígado, rins e outros tecidos; estimula ainda a síntese de proteínas e age também como um anti-insulínico. A prolactina é conhecida pelo seu efeito de promover a lactação nas fêmeas mamíferas. As funções da prolactina não se resumem apenas à lactação, mas também: reprodução, crescimento/desenvolvimento, equilíbrio electrolítico e da água, etc.

O último grupo de células da hipótese anterior, os cromatóforos, produzem essencialmente ACTH, a qual é segregada em resposta ao CRH hipotalâmico. Estimula o Córtex supra-renal para produzir corticóides, e em particular glucocorticóides, os quais ajudam na resposta ao stress. Esta hormona deriva de uma proteína, a POMC, assim como as MSH e as beta-endorfinas. As MSH (assim como a ACTH) têm uma função primordial no controlo da pigmentação, pois estimula a síntese de melanina, induzindo

um tom de pele mais escuro. As beta-endorfinas e o ACTH são libertados simultaneamente em resposta ao CRH, e estão ambas envolvidas na resposta de adaptação ao stress e de redução da dor.

Quanto às Hormonas da Hipófise posterior destacam-se a Oxitocina e a Vasopressina. A Oxitocina influencia a função reprodutiva nos mamíferos, tendo um papel importante durante o parto, causando as contracções uterinas, assim como no reflexo de sucção na amamentação. A vasopressina, também conhecida por ADH, actua na retenção da água, tendo um papel fundamental aquando da ocorrência de hemorragias, levando à constrição dos vasos sanguíneos, aumentando as possibilidades de sobrevivência. Existem ainda outras hormonas proteicas que não vão ser abordadas, apesar de terem clara importância, como é o caso da: tiroxina, a PTH, a calcitonina, a insulina, a somatostatina, entre outras.

Quanto às monoaminas, estas são hormonas derivadas de um único aminoácido. Existem duas classes que afectam o comportamento: as Catecolaminas e Indolaminas

A Medula supra-renal é a principal fonte de duas catecolaminas: a epinefrina (adrenalina) e a norepinefrina (noradrenalina). A medula supra-renal liberta estas hormonas na circulação, em resposta a sinais nervosos do simpático (SNS). O tipo de estímulo fisiológico para a secreção de catecolaminas é o stress, o exercício físico, as baixas temperaturas, a ansiedade, a emoção e a hemorragia. As catecolaminas influenciam quer o sistema circulatório quer o metabólico.

Têm cinco efeitos gerais: aumento do batimento cardíaco, vasoconstrição, dilatação dos vasos sanguíneos hepático e esquelético, aumento da glicólise, aumento da concentração do glucagon sanguíneo e decréscimo da secreção de insulina. Todos estes

efeitos, no fundo, preparam o corpo para a acção.

As Hormonas da glândula Pineal monoaminas são a Melatonina e a Serotonina., sendo que a primeira deriva da Segunda por um processo de reacção enzimática. Estas duas hormonas, no seu conjunto, são denominadas de Indolaminas. Os níveis de Serotonina são mais elevados na glândula Pineal nas horas de claridade durante o dia, e diminuem durante as horas nocturnas, à medida que a Serotonina é convertida em Melatonina. Esta última parece também estar ligada aos processos de regulação do início da puberdade, e tem uma acção inibidora da secreção de LH e FSH (em ratos).

Vamos de seguida tentar integrar mais um dos sistemas vitais para a compreensão dos seres vivos, neste caso, aquele que executa mais claramente as funções defensivas do corpo/Self – O Sistema Imunitário.

Sistema Imunitário

Generalidades

O termo Imunidade vem do latim *Immunis*, isto é, “livre de...”, e referia-se inicialmente à resistência dos indivíduos face às infecções microbianas. Essa definição foi alargada entretanto ao conjunto das reacções que tendem a eliminar as substâncias estranhas. Alargando ainda mais, “designamos também sob esse nome o conjunto dos factores humorais e celulares, específicos ou não da substância introduzida, que protegem o organismo contra as agressões infecciosas e parasitárias, e as proliferações malignas” (Bach, 1989).

Segundo Palma Carlos (1985) o Sistema imunitário tem três funções primordiais: Defesa, Homeostase e Vigilância. A resposta imunitária, segundo o mesmo autor, tem três características fundamentais: é específica, de memória e xenófoba. Um denominador comum às principais reacções imunitárias é então a sua especificidade para as substâncias estranhas (xenófobo) que as induzem: os antigénios. “Os antigénios são as substâncias capazes de provocar uma reacção imunitária, e de reagir especificamente (de memória) com o produto dessa reacção: anticorpos e linfócitos sensibilizados” (Bach, 1989).

Os anticorpos definem-se como substâncias cuja produção é provocada pela administração de antigénio e que são capazes de se ligar especificamente a ele. O anticorpo liga-se ao antigénio que lhe corresponde formando um complexo imune, definido como um complexo macromolecular antigénio-anticorpo unidos de forma específica. Pode-se distinguir a priori dois tipos de reacções imunitárias: a imunidade humoral (produção de anticorpos nos líquidos orgânicos – humores) e imunidade celular (produção de linfócitos agressivos). É usual também falar de imunidade inata (ou não específica), e imunidade adquirida (ou específica).

O sistema imunitário é constituído “por milhões de células especializadas, originadas a partir de células precursoras na medula óssea. Estas células são lançadas na corrente sanguínea, podendo ser sequestradas ou sofrer um processo de maturação em órgãos particulares como o Timo, o Baço, ou os Gânglios linfáticos” (Ouakinin, 1999). Vamos de seguida descrever as células mais importantes do sistema imunitário.

As Células da Imunidade

As células mais importantes do sistema imunitário são os Glóbulos brancos ou

leucócitos, dos quais podemos dividir em três categorias principais: os linfócitos, os monócitos/macrófagos e os polinucleares/células granulocíticas. Os dois últimos grupos correspondem às chamadas células fagocitárias (juntamente com as NK).

A especificidade das respostas imunitárias é completamente assegurada pelas células linfóides (linfócitos, linfoblastos e plasmócitos), das quais podemos distinguir duas famílias principais: As células B (que produzem os anticorpos) e as células T (que asseguram a imunidade de mediação celular, jogando um papel essencial na regulação da resposta imunitária). (Bach, 1989) Assim, pode dizer-se que os linfócitos B estão envolvidos na imunidade humoral, e os linfócitos T na celular. Os linfócitos B e T são impossíveis de distinguir morfologicamente. A sua distinção é feita pela diferença de funções, antigénios e receptores.

As células linfóides têm nas suas membranas numerosos antigénios, chamados “antigénios de diferenciação”, os quais na sua maioria tem uma função própria. “Quando as células apresentadoras de antigénio contactam com os linfócitos T, que expressam receptores capazes de reconhecer as moléculas destas em combinações com o antigénio, estes linfócitos T são activados” (Ouakinin, 1999). É então que sofrem um processo de diferenciação e proliferação resultando no aparecimento de uma população de células T com competência para reconhecer aquele antigénio em particular. Promove-se assim uma memorização e uma resposta mais rápida num novo contacto com aquele antigénio específico.

Os linfócitos B, que como já referimos, estão envolvidos na imunidade humoral, são os responsáveis pela produção e libertação de Imunoglobulinas, as quais reconhecem e se combinam com os antigénios específicos. Quando as imunoglobulinas se associam a um dado antigénio, o complexo formado é posteriormente destruído via fagocitose. O

carácter de aprendizagem/memória também se aplica a estas células-B, já que após a activação pelo antígeno, elas proliferam e produzem anticorpos específicos face a ele.

Segundo Palma Carlos (1985), são imunoglobulinas todas as proteínas com função de anticorpos. Considera-se a existência de cinco classes de imunoglobulinas (IgG, IgA, IgM, IgD e IgE).

Os linfócitos NK (natural killers) atacam naturalmente os antígenos, sem sensibilização prévia e sem intervenção dos anticorpos. São activados de forma não específica para o antígeno pelo interferon e destroem directamente as células ou antígenos em linha avançada de defesa.

Quanto aos Monócitos e Macrófagos, tanto uns como outros são células ditas fagocitárias, as quais se definem pela sua capacidade de ingerir em determinadas condições partículas vivas inertes. Mas os macrófagos têm ainda outras funções na resposta imunitária (Palma Carlos, 1985); globalmente: degradação do antígeno (fagocitose total); citotoxicidade; apresentação do antígeno aos linfócitos provocando uma resposta dos linfócitos T e B; libertação de factores activadores dos linfócitos.

Os Polinucleares/Células granulocíticas são células que vivem poucos dias, e podem distinguir-se em vários sub-tipos: os neutrófilos, os eosinófilos e os basófilos. Os neutrófilos desempenham um papel importante na imunidade não específica, por fagocitose. Os eosinófilos intervêm nas reacções ligadas aos complexos imunes, e logo nas reacções que fazem intervir as IgE. Os basófilos captam as IgE e libertam, na presença do alérgeno, os mediadores de hipersensibilidade imediata.

Podemos então dizer que as “respostas imunitárias são o resultado de interacções

complexas entre diversos tipos de células (linfócitos T e B, granulócitos, monócitos, e outras)” (Bach, 1989). Elas comunicam entre si por intermédio de factores solúveis, designados por Citoquinas.

As Citoquinas

As citoquinas têm um papel na mediação da comunicação entre as células, coordenando estas interacções. Elas podem modificar, induzir ou suprimir as funções de numerosos tipos celulares. Jogam assim um grande papel no decurso do desenvolvimento das respostas imunitárias controlando a activação dos Linfócitos T, assim como a activação, proliferação e diferenciação das células B. As citoquinas aparecem ainda associadas à activação das respostas inflamatórias.

A um nível bioquímico, elas são semelhantes aos péptidos endócrinos, diferenciando-se destes pela sua origem, a partir sobretudo de células do sistema imunitário e pelo seu mecanismo de acção (Ouakinin, 1999). Enquanto os péptidos endócrinos circulam no sangue, alcançando assim os seus receptores celulares, as citoquinas actuam por difusão nas células vizinhas e sobre as células que as produzem.

O grupo das citoquinas inclui as interleucinas (IL), os interferões (INF), os factores de necrose tumoral (TNF) e vários factores de crescimento celular. A principal fonte de citoquinas no decurso das respostas imunitárias são os linfócitos T. Parece também, segundo os modelos experimentais (Bach, 1989), que as citoquinas são produzidas pelas células T auxiliares (CD4+) que reconhecem o antigénio em associação com as moléculas de classe II do CMH.. No entanto, nem todas as células T produzem as mesmas citoquinas.

O papel destas parece no entanto ser mais abrangente do que o que já foi dito. Nesse sentido vamos passar para a exploração das relações entre os vários sistemas orgânicos até aqui expostos, seguindo a linha de pensamento/acção da Dr^a Silvia Ouakinin.

Relações entre o Sistema Nervoso, Endócrino e Imunitário

Em primeiro lugar há que referir que quando se propõe pensar o Ser Humano na sua globalidade, tal procedimento implica o cruzamento de diversas áreas de conhecimento. Áreas essas que devem obrigatoriamente englobar, por uma lado as questões psicológicas, sociais (ambientais) e biológicas. No entanto as relações entre estas diferentes áreas de conhecimento permanecem ainda nebulosas, com poucos focos metodológicos que permitam vislumbrar os pontos fulcrais de interacção e seus mecanismos subjacentes.

Como refere Ouakinin (1999), “a compreensibilidade das relações entre factores de nível psicológico e o equilíbrio homeostático do organismo, ou a génese e evolução da doença, assentará provavelmente no conhecimento das interacções entre o sistema nervoso, o sistema endócrino e o sistema imunitário”. É neste sentido que surge a psiconeuroimunologia, a qual é definida por Adler (1995) como “o estudo integrado das funções comportamental, neuronal, endócrina e imunológica que permitem ao organismo adaptar-se às múltiplas exigências colocadas pelo seu meio interno e externo”.

Investigar o Ser Humano como uma unidade de sistemas integrados torna-se então uma tarefa premente cujos frutos começam agora a surgir. Abandonando uma lógica de causalidade linear (definitiva), e abordando as manifestações (psíquicas e/ou somáticas)

numa lógica de causalidade circular, os vários factores em jogo ganham então relevância, não sendo uns preteridos por outros, mas sim integrados num todo complexo.

Nesta linha de pensamento tornou-se então pertinente tentar encontrar modelos para conceptualizar a integração dos diversos mecanismos, e mais concretamente, o padrão de comunicação em rede destas múltiplas interacções. Basedowsky denominou tal padrão como a “Rede imuno-neuro.endócrina. Segundo este autor (citado por Ouakinin, 1999), “dada a sua capacidade de receber, processar informação e enviá-la ao SNC, podemos pensar o Sistema imunitário como um órgão receptor sensorial que informa os centros superiores, através de mensageiros químicos, acerca do seu próprio estado funcional face às solicitações externas”.

Por outro lado, temos o SNC, o qual pode responder de diversas formas a essas informações, através da emissão de sinais reguladores, estando ele próprio sujeito à acção de vários estímulos (endócrinos e psicossociais), reflectindo acontecimentos do meio exterior, a avaliação que o sujeito faz deles e a forma como organiza o comportamento.

Outro dado a Ter em conta neste cenário é então as situações de vida, de conflito, geradoras de stress, as quais dependem para a sua resolução, por um lado, do funcionamento psicológico do sujeito (modalidades defensivas, resiliência), por outro, do funcionamento biológico e corporal, e ainda da “potência” da situação geradora de stress (ex: luto, separação, etc). As investigações das últimas décadas têm assinalado continuamente a importância do factor stress, na oclusão de doenças, na evolução de determinados estados mórbidos, assim como na vulnerabilidade para doenças infecciosas.

As evidências das interações da rede atrás referida, podem resumir-se nos seguintes pontos:

- 1 – Condicionamento da resposta imunitária, utilizando provavelmente os mecanismos do condicionamento Pavloviano. Tem sido aplicado com êxito para tratar doenças do sistema imunitário;
- 2 – O efeito de lesões cerebrais na função imunitária. Lesões do hipotálamo anterior na cobaia deprimem a actividade imunitária, ao passo que lesões no sistema límbico (hipocampo, amígdala, etc) têm o efeito inverso. (Habib, 2000)
- 3 – Os efeitos do Stress sobre a função imunitária, podendo resultar numa imunossupressão ou numa imunoactivação face a situações de stress
- 4 – Activação do SNC pelo sistema imunitário. Experiências demonstram a activação electrofisiológica das células do hipotálamo mediano, acompanhando a activação imunitária, assim como alterações no metabolismo de catecolaminas e outros neurotransmissores, mediadas pela acção de várias citocinas ao nível do SNC.
- 5 – A influência incontestável do psiquismo no desenvolvimento (ou cura) de certas doenças, em particular aquelas ditas psicossomáticas. O que mais uma vez assinala a existência desta rede de comunicação.
- 6 – As perturbações imunitárias verificadas em circunstâncias de vida particulares, como por exemplo, na sequência de um luto.

Como podemos constatar, a comunicação entre os sistemas tem um carácter bidireccional, o que objectiva um conjunto de relações complexas entre o sistema imunitário, endócrino e nervoso.

Estas vias de comunicação podem ser agrupadas em três eixos, segundo Maier (citado por Ouakinin, 1999):

- 1 – Acção exercida pelo SNA em órgãos do Sistema imunitário, através da libertação de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina);
- 2 – Eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal – libertação de CRH (corticotropin-releasing hormone) pelo hipotálamo, em resposta estímulos de stress, indo este induzir a secreção pela hipófise anterior de ACTH e de gluco-corticóides pelo córtex supra-renal.
- 3 – O papel das citocinas, produzidas pelo sistema imunitário que actuam sobre o sistema nervoso e endócrino.

Silvia Ouakinin (1999), sintetiza estas relações, dizendo que “a capacidade das células do sistema imunitário de produzir péptidos e hormonas e expressar receptores classicamente descritos no eixo hipotálamo-hipófise, bem como a capacidade das células do sistema neuro-endócrino de produzir citocinas e expressar receptores classicamente descritos em células do sistema imunitário, reforçam e objectivam a comunicação entre sistemas”.

Segundo a mesma autora, os mediadores desta comunicação serão então: as catecolaminas, as hormonas, os neuropéptidos, os glucocorticóides e as citocinas, os quais interagem no sentido de uma regulação cruzada, tendo em vista a manutenção da homeostase e a resposta às solicitações do meio externo e interno.

Coloca-se então a questão quanto ao factor stress, e sua influência na (des)regulação homeostática, tendo em conta que as situações (externas ou internas) só são percebidas como stressoras, quando representam uma ameaça que desafia os mecanismos de coping do sujeito. No entanto é sabido actualmente que existe uma correlação entre situações de stress e depressão imunitária, face à qual Muller (1995) colocou a hipótese desta associação ser explicada pelo efeito da citocina (IL1) a nível hipotalâmico.

Muitas outras questões estão ainda por ser colocadas, pois esta rede de comunicações parece assinalar um admirável mundo novo, de complexidade acrescida e sem respostas fáceis. É na minha opinião cada vez mais relevante uma abordagem a este nível para pensar estas questões, afastando-nos de uma lógica de causalidade linear, para abraçar a evidencia da pluri-factorialidade das manifestações dos sistemas vivos, e em particular do ser humano, numa abordagem de causalidade circular.

As questões levantadas pelo presente trabalho não são ao certo novas, mas precisam no entanto, de ser realçadas, para assim estimular a investigação com pontos de ancoragem cada vez mais seguros e menos “ingénuos”. Neste sentido, qualquer que seja a pesquisa nesta área, prática ou teórica, não pode continuar a discriminar tal evidência (rede de interacções), pois é cada vez mais claro, sobretudo nos últimos dez anos, que os sistemas vivos complexos estão em constante interacção através de “linguagens” comuns, as quais precisam de ser traduzidas ao longo dos próximos anos. Para finalizar gostaria ainda de fazer notar que esta abordagem não exclui as questões ligadas ao funcionamento psíquico (emocional e relacional), mas sim, torna-as parte integrante da rede de factores envolvidos.

CRONOBIOLOGIA

Uma das questões teóricas levantadas pelos teóricos da psicossomática, e em particular por Sami-Ali, foi a questão dos ritmos biológicos, e em particular o ritmo de sono/vigília, que tão bem representa a interface entre o biológico e o psíquico. Tendo em conta isto mesmo, o presente capítulo vai dedicar-se à exploração dos ritmos humanos e da sua relevância no campo da Psicossomática.

A Cronobiologia tem-se afirmado como uma disciplina científica muito relevante para o estudo dos seres vivos, introduzindo uma abordagem temporal para pensar não só o Onde? E o Como? Dos fenómenos biológicos, mas também o Quando?, e assim acederemos à explicação destes fenómenos com uma complexidade bem mais próxima da realidade, pois os mecanismos biológicos entram em acção em determinados momentos, obedecendo a ritmos biológicos ancestrais.

Apesar do Tempo ter sido um assunto muitas vezes abordado por outras disciplinas, como a Física e a Filosofia, a informação existente carecia de compreensão e aplicabilidade ao estudo dos seres vivos. Assim, muitos fenómenos ganharam um carácter temporal, contribuindo em larga medida para responder ao Para quê? E Porquê? Das manifestações do Vivo.

Neste capítulo, além de descrevermos os processos e propriedades dos ritmos biológicos, tentamos centrar-nos sobretudo sobre um dos ritmos essenciais dos seres vivos, que é o da Vigília-sono, o qual se constitui de grande importância para pensar as interfaces entre o biológico e o psicológico, já que o sonho é simultaneamente banhado por uma realidade biológica (ritmo) e conteúdos psicológicos e afectivos. Neste sentido,

tentamos traçar pontes que nos ajudem a pensar os fenómenos de somatização no Humano.

Generalidades

A Cronobiologia define-se como “uma disciplina científica nova que, por métodos apropriados, toma por objecto a organização temporal dos seres vivos e o estudo dos mecanismos que a controlam” (Reinberg, 1998). O autor citado, juntamente com outros investigadores, tal como Halberg e Aschoff, em meados dos anos 60, criaram e fizeram evoluir os conceitos e métodos desta nova ciência, a partir de medições pacientemente acumuladas acerca das variações periódicas dos fenómenos biológicos.

Segundo Reinberg (1998), o ser humano, tal como os outros animais e vegetais, possui uma anatomia no tempo, complementar à anatomia clássica (espacial). Neste sentido, o autor a título de exemplo, sublinha o facto das células não poderem fazer todas as suas actividades ao mesmo tempo, mas sim de uma forma ritmada, a determinadas horas. A nossa anatomia no tempo, à semelhança da nossa anatomia no espaço, resulta de um processo adaptativo face ao meio ambiente terrestre.

Vivemos num planeta (Terra), que gira sobre si próprio em vinte e quatro horas (aproximadamente) e em torno do sol num ano (aproximadamente). E quando falamos em relógios biológicos, destaca-se sobretudo o período de cerca de vinte e quatro horas, que corresponde aos chamados “ritmos circadianos”, de aproximadamente (circa) um dia (die). Os ritmos correspondentes a cerca de um ano dizem-se: circanuais, e os que correspondem a cerca de um mês: circamensais.

Quanto à questão da nossa “anatomia no tempo” ser um resultado de processos

adaptativos face ao meio, Reinberg (1998) assinala a sua importância enquanto condição essencial para a sobrevivência dos indivíduos e das espécies no planeta. Argumenta dizendo que “a nossa organização temporal permite-nos responder às variações previsíveis do ambiente”, sendo que “até os nossos sistemas de defesa, que nos permitem responder aos imprevistos, estão organizados no tempo” (Reinberg, 1998). Isto é, uma agressão é tolerada a uma dada hora, mas será muito mal tolerada doze horas mais cedo, ou mais tarde, sendo que o mesmo sucede à escala anual.

Vamos de seguida proceder à descrição propriamente dita dos ritmos biológicos e à definição das suas propriedades.

Descrição dos Ritmos Biológicos

Os ritmos biológicos possuem variações que se reproduzem com uma regularidade relativamente grande. Segundo Reinberg (1980), para descrever esta regularidade, podemos recorrer a uma função sinusoidal para realizar a aproximação a um ritmo biológico. Essa função permite caracterizar esse ritmo tendo em conta quatro parâmetros: o período, o pico (e ponto mais baixo), a amplitude e o nível médio do ritmo.

O período é o espaço de tempo entre o pico e o seguinte, quando se sucedem regularmente. Mede-se em unidade de tempo (minutos, horas, 28 dias, 1 ano). Em cronobiologia, identificamos vários domínios, correspondendo cada um a um período (ou comprimento de onda) diferente: domínio circadiano (próximos ou iguais a vinte e quatro horas e circannual (próximos ou iguais a um ano).

Conhecendo o período, podemos localizar as respectivas posições do pico e do ponto

mais baixo de um determinado ritmo biológico. O pico é o ponto mais elevado da variação. A palavra “pico” é sinónima de acrofase (a fase mais elevada), e o ponto mais baixo é a batifase (fase mais baixa). Em principio, o pico e o ponto mais baixo de um ritmo circadiano distam entre si doze horas e, se se trata de um ritmo circanual, seis meses.

A amplitude é a diferença entre os valores medidos no pico e no ponto mais baixo, num determinado período. E por fim, o quarto parametro corresponde ao nível médio num dado período: é próximo da média das medidas de vinte e quatro horas, por exemplo.

Assim, “para um grande número de variáveis fisiológicas, biológicas, psicológicas, podemos definir os picos e pontos mais baixos, numa escala de vinte e quatro horas para os ritmos circadianos, ou numa escala anual para os ritmos circanuais, etc”. (Reinberg, 1987)

Propriedades dos Ritmos Biológicos

Todos os ritmos biológicos conhecidos apresentam as quatro seguintes propriedades:

- 1 – Persistência dos ritmos biológicos, num ambiente constante, na ausência de referências temporais;
- 2 – Têm uma origem genética;
- 3 – São governados por relógios biológicos;
- 4 – São acertados diariamente pelas variações periódicas de factores do ambiente (sincronizadores).

Explorando estas propriedades com maior profundidade, podemos dizer:

- 1 - Uma das propriedades essenciais dos ritmos biológicos é então o seu carácter de

persistência, já que “eles não são criados pelos ciclos do ambiente (por ex: alternância dia/noite), pois eles persistem na sua ausência” (Reinberg, 1987). Em situações experimentais de privação de qualquer informação temporal: luz, sons, odores, temperatura e humidade, durante dias, semanas ou meses, nota-se que tal não provoca o desaparecimento dos ritmos circadianos. Estes mantêm-se presentes, apesar do seu período divergir um pouco das vinte e quatro horas.

Isto sucede tanto no ritmo vigília-sono, como na temperatura corporal, a força muscular, a pressão arterial, as variáveis sanguíneas, hormonais, etc. Neste sentido, o facto de os ritmos biológicos, como explicámos anteriormente, continuarem a manifestar-se apesar do organismo não receber sinais temporais do ambiente, parece demonstrar o carácter inato da organização temporal dos seres vivos.

2 – Bunning foi um dos primeiros investigadores a demonstrar o controlo genético da “bioperiodicidade” através das experiências com uma espécie de feijoeiro (*Phaseolus multiflorus*). Ele demonstrou que o valor da periodicidade circadiana se transmite como um carácter mendeliano, obtendo, por cruzamentos sucessivos, plantas filhas com períodos híbridos dos Pais, nas proporções definidas pelos modelos da genética clássica.

No entanto o traço genético de um ritmo não é fixo, ao contrário de outros traços, como a cor dos olhos, a pigmentação da pele, a estatura adulta, etc. Neste sentido, o modelo genético clássico, que faz intervir poucos genes, talvez não seja o mais conveniente, sendo para tal necessário novos modelos, tendo em conta as recentes evoluções científicas de descodificação do código genético do Humano, que ainda estão em curso.

3 – Os ritmos circadianos são a expressão de numerosos “relógios biológicos” ou “guarda-tempos”. Nas células dos seres vivos, os relógios têm por função essencial,

conservar o tempo interno e fazer o ponto relativamente ao ambiente. Muitos “relógios” já foram identificados nos mamíferos, tal como: os núcleos supraquiasmáticos (NSC), a glândula pineal e a retina.

Os NSC são formações nervosas de pequenas dimensões, com neurónios pequenos, alojadas na parte anterior do hipotálamo. A destruição do NSC (ou a sua inibição química) é seguida pelo desaparecimento de vários relógios biológicos: da temperatura corporal, secreções de ACTH, do comportamento alimentar, etc. É importante referir que o que é suprimido é o ritmo, não o comportamento, isto é, o sujeito continua a alimentar-se, mas come e bebe em qualquer momento; continua a segregar ACTH mas de forma arritmica.

Quanto à glândula pineal e a retina, ambas segregam melatonina e, fazem-no durante a noite, quer a espécie seja diurna ou nocturna. Apesar destes relógios existirem em quase todos os animais, o NSC é característica apenas dos mamíferos e de certas espécies de aves. É hoje em dia geralmente aceite a existência de vários relógios biológicos e considera-se o NSC como o posto de comando a nível hierárquico. No entanto, descobertas recentes têm evidenciado a presença de relógios biológicos no neo-cortex, com uma localização anatómica bastante fluida, acrescentando assim um carácter complementar às funções do NSC. (Reinberg, 1998)

4 – Quanto ao papel dos sincronizadores ambientais, este é marcado pelo ajuste da organização temporal dos seres vivos às variações do ambiente pelo acerto dos relógios biológicos. Para tal, é necessário que sinais de período estável possam agir de forma eficaz e regular. Neste sentido, não é de estranhar que para a maioria das espécies vegetais e animais, seja a alternância dia-noite que sincronize os relógios biológicos.

Os sinais ambientais têm um período médio de vinte e quatro horas, indo desencadear ritmos biológicos durante esse período. No entanto este período, como vimos anteriormente está sujeito a certas oscilações, e daí a necessidade destes acertos, ou sincronizadores, para re-posicionar os “ponteiros na hora local” e regular o período para cerca de vinte e quatro horas. Embora o ciclo dia-noite seja o sincronizador mais importante, não é o único que é utilizado pelos seres vivos. O calor-frio, ruído-silêncio, odores fracos-forte, etc, desempenham também, segundo um período de vinte e quatro horas, o papel de sincronizadores. Quanto ao Humano em particular, “os sinais da nossa sincronização pertencem essencialmente aos nossos ritmos sociais” (Reinberg, 1998).

Assim, segundo o mesmo autor, as variações periódicas do nosso ambiente são capazes de remeter para horas convenientes os picos e os pontos mais baixos dos nossos ritmos circadianos e reconduzi-los para um período de vinte e quatro horas. Isto é, os sincronizadores não criam os ritmos, mas permitem ajustá-los aos do ambiente, o que é indispensável para nós.

Ontogênese, Crescimento, Desenvolvimento e Estrutura Temporal

O bebê humano possui essencialmente ritmos ultradianos, e as diversas funções fisiológicas tornam-se circadianas independentemente umas das outras. Neste sentido, o estudo cronobiológico do comportamento e das variáveis fisiológicas na criança devem ter em conta, segundo Reinberg (1987), “um certo número de mudanças ligadas à maturação do organismo, em particular do seu sistema nervoso”. A Ontogênese da ritmicidade circadiana foi descoberta por Kleitman e Engelman em 1953 no decurso de pesquisas sobre as características do sono da criança, sendo confirmadas à posteriori por outros estudos.

A hipótese inicial, de que o organismo humano, no seu conjunto, adquiria uma sincronização circadiana completa desde as primeiras semanas de vida, foi abandonada após a publicação dos trabalhos de Hellbruge, que estudou múltiplas variáveis fisiológicas no bebé. Ele demonstrou que a esfera táctil é a primeira a adquirir uma periodicidade circadiana: “o ritmo da resistência eléctrica cutânea torna-se circadiana desde a primeira semana e tem já uma grande amplitude desde a Segunda semana de vida” (Reinberg, 1987).

Outras variáveis fisiológicas, tal como a alternância sono-vigília, a temperatura rectal, a pulsação, desenvolvem a sua periodicidade circadiana mais tarde, entre a Segunda e a Quarta semana. As diferentes funções de um mesmo órgão, como por exemplo o Rim, manifestam ritmos em que o carácter circadiano se manifesta em diferentes tempos do desenvolvimento. Assim, no Rim, a diurese só tem uma periodicidade circadiana por volta da Segunda semana, assim como as excreções urinárias do Sódio – Potássio. Pelo contrário, a excreção de Fosfatos e de Creatina só adquire um ritmo circadiano no fim do segundo ano.

Quanto à pulsação, esta adquire o ritmo circadiano entre a Sexta e a oitava semana de vida. A amplitude deste ritmo vai aumentando gradualmente, tal como com as outras variáveis fisiológicas, em que a amplitude e nível médio vão-se modificando gradualmente ao longo de toda a infância.

Assim, os ritmos ultradianos têm uma forte preponderância nas primeiras semanas de vida (com valores da ordem de 90 minutos, 3 horas, etc), dando lugar progressivamente aos ritmos circadianos no decurso da maturação do sujeito. No caso dos ritmos sono-vigília e de alimentação, nota-se uma distribuição difusa da actividade que, a partir da Quarta semana, dá lugar a despertares regulares todas as quatro horas, no decurso do

qual o bebé se alimenta. Gauthier (2001) afirma que o ritmo ultradiano do sono/vigília corresponde ao ritmo das refeições (amamentação), e que este se mantém para além das necessidades devidas à alimentação.

Outro dado interessante é o facto da aparição em bebés prematuros, nas duas primeiras semanas, de uma preponderância circadiana, a qual passa a ultradiana logo de seguida, mantendo-se assim até por volta da décima semana. Acabando assim os ritmos de periodicidade circadiana surgirem com algum retardamento nos bebés prematuros, comparativamente com os bebés de termo (Reinberg, 1987).

Quanto ao aparecimento de ritmos circadianos de forma significativa na primeira semana em prematuros, tal é, segundo Hellbrugge, a expressão de uma influência circadiana da Mãe que joga um papel de sincronizador muito importante nessa altura do desenvolvimento. E a substituição por ritmos ultradianos constitui um argumento a favor do carácter endógeno dos ritmos ultradianos. Nos seres humanos, a passagem de ritmos ultradianos para circadianos não se faz de forma total, já que podemos encontrar mesmo na idade adulta elementos ultradianos como é o caso das fases do sono paradoxal (cerca de 90 minutos).

De um modo geral, a ontogénese dos ritmos circadianos no Homem, depende da maturação fisiológica do organismo. Neste sentido, “intervém provavelmente, por um lado, uma maturação dos sistemas de percepção dos sinais dos sincronizadores e, por outro, uma maturação dos “relógios biológicos” circadianos” (Reinberg, 1987). Assim, nas primeiras semanas de vida predomina a esfera táctil da pele e mucosas, funcionando os cuidados maternos periódicos como sincronizadores (alimentação, vestir, banhos, passeios, etc). Este sistema desenvolve então o seu ritmo circadiano.

A partir do segundo mês, após a maturação da esfera óptica e acústica, a alternância luminosidade/obscuridade, o nível de ruído e o contacto pessoal (olhar, linguagem) tornam-se mais importantes, instalando-se uma periodicidade circadiana estável progressivamente, seguindo no entanto uma determinada ordem na maior parte dos sistemas orgânicos.

Resumindo o que foi dito, é importante salientar então que após o nascimento, as variáveis fisiológicas possuem periodicidades diferentes (na sua maior parte ultradiana), instáveis e de fraca amplitude, representando esse estado uma espécie de desincronização interna do organismo. Aos poucos, com a maturação fisiológica, o organismo sincroniza-se segundo um período de 24 horas, as amplitudes circadianas aumentam, a ritmicidade torna-se mais estável, enquanto a componente ultradiana tende a diminuir e mesmo a desaparecer para certas variáveis.

Vamos de seguida dedicarmo-nos à exploração de um ritmo fundamental que é o do Sono/Vigília, assim como ao Sonho.

O Sono e o Sonho

Antes de mais há que referir que o ritmo vigília/sono corresponde a um ritmo circadiano, e como já foi referido anteriormente, segue a alternância dia/noite, luminosidade/obscuridade, num período de 24 horas. Tal como quando estamos acordados, ocorrem diferentes estados e movimentos fisiológicos, quando dormimos, não existe linearidade ou imutabilidade, mas sim diferentes estados que correspondem por seu turno, a diferentes ritmos biológicos, que neste caso apresentam uma periodicidade ultradiana.

Existem vários estádios do sono, os quais só na Segunda metade do século vinte foram descritos, acompanhando a evolução tecnológica, nomeadamente com a utilização do “electroencefalograma”. O estudo do ciclo vigília/sono, com eléctrodos implantados nas principais estruturas cerebrais e de diferentes grupos musculares permitiu detectar, por acaso, no decurso do sono, “dois autênticos estados distintos: um de sono de ondas lentas, acompanhado por ondas corticais lentas e com grande amplitude, e pela conservação do tónus muscular; o outro, de sono profundo, caracterizado paradoxalmente por uma actividade eléctrica cerebral semelhante à da vigília, por movimentos oculares rápidos e por um desaparecimento total do tónus muscular” (Jouvet, 1995).

Estes últimos estados/períodos referidos, a que Michel Jouvet veio a denominar em 1959 por “sono paradoxal”, têm uma duração média de 6 minutos, e ocorrem de 25 em 25 minutos durante o sono. Por isto mesmo, e criando uma clara cisão com outros estudo anteriores, o sono paradoxal deixou de ser considerado um estádio de sono leve, tornando-se no “terceiro estado do cérebro, tão diferente do sono como este da vigília” (Jouvet, 1995).

Foram Kleitman e Aserinsky que primeiro notaram que quando acordavam os sujeitos em estádios de movimentos oculares rápidos, estes contavam os sonhos como se deles tivessem acabado de sair. Na sequência destes autores, William Dement veio a confirmar esses dados, verificando que os períodos de activação do cérebro durante o sono estão estreitamente associados ao sonho. Notou que 90 a 95% dos sujeitos acordados em “sono com movimentos oculares” davam conta de actividade onírica. Foi então que surgiu a denominação de sono REM (rapid eye movement), o qual conduziu a uma quase igualdade sinónima entre sono-REM e sonho, contra todas as evidências.

Questões filogenéticas acerca do sonho

Até à actualidade ainda não foi registado um estado semelhante a sono paradoxal nos peixes, anfíbios, répteis (com excepção para os crocodilos!). Contudo, em certas aves, e em todos os mamíferos se manifesta claramente o sono paradoxal, isto é, filogeneticamente a partir dos vertebrados homeotérmicos. Existem no entanto variações consoante a espécie; por exemplo: a galinha 25 minutos por noite, tal como a vaca; o chimpanzé dorme 90 minutos, o homem 100 e o gato 200 minutos, por dia.

Michel Jouvet (1995) refere que estas diferenças quanto ao tempo de sonho, parecem estar ligadas a um certo “índice de segurança”. Isto é, os animais em segurança no seu biótopo dormem mais facilmente que aqueles que correm o risco de ser atacados, e o sono abrir-lhes-ia mais facilmente as portas do sonho. Este autor admite no entanto, que ainda somos muito ignorantes no que toca ao conhecimento do sono e dos sonhos. No entanto adianta uma hipótese quanto ao papel do sono, no sentido de economizar energia cerebral e de preparar as condições suficientes para o aparecimento do sonho.

O sono e o sonho têm também sido pensados no limiar entre o biológico e o psíquico, acabando por ganhar particular relevância nos estudos das últimas décadas no campo da psicossomática. Sami-Ali (2001) refere que o facto do sonho ser inseparável do ritmo, coloca “a problemática do ritmo no centro da investigação psicossomática”, tornando impossível pensar acerca do fenómeno psicossomático sem fazer intervir necessariamente a questão do ritmo, do espaço e do tempo.

Ritmos Biológicos e Psicossomática

As questões ligadas às perturbações psico-afectivas precoces na relação mãe-bebé também têm sido estudadas por vários autores. Nos primeiros meses de vida, os dias são ritmados por períodos de sono/vigília, repouso/actividade, fome /saciedade. Normalmente a Mãe adapta-se intuitivamente a esse ritmo do bebé, que como já dissemos tem características ultradianas.

O caso particular das Alergias

Em diversos estudos é realçado que nestas primeiras interacções, encontramos nas crianças asmáticas um comportamento inverso da parte da Mãe, em que “projectam sobre as crianças os seus próprios desejos, ou a sua própria fragilidade, ao aceitar uma separação mesmo transitória” (De Montis,1980). Isto é, o adulto interpreta o choro do bebé como um mal-estar associado à separação, e logo como uma exigência de presença. Esta constante presença leva o bebé a ficar no quarto dos Pais até muito tarde. Resulta daqui que os períodos ritmicos de actividade, sono, alimentação não se estabelecem em função do ritmo próprio da criança, mas da crença dos Pais e do seu desejo.

As primeiras experiências de separação (colocação numa Ama, creche) são em regra rapidamente seguidas dos primeiros problemas respiratórios. O alargamento progressivo do universo social da criança e alternância normal entre o seu grupo familiar e extra-familiar faz-se de modo muito irregular. A entrada para a escola adquire assim um carácter problemático. Acaba por procurar uma relação preferencial com os adultos (substituto parental), privilegia as actividades reservadas às tarefas escolares e isola-se mais no tempo consagrado às actividades sociais com as outras crianças. “A criança

asmática vive em “*décalage*” em relação aos outros, tentando manter a sua própria organização e não podendo adaptar-se aos ritmos do grupo”. (De Montis, 1980)

Gauthier (2001) a respeito da somatização no bebê, e em particular a dermatite atópica (que muitas vezes evolui para Asma) coloca a hipótese geral de que “a somatização aparece no bebê quando o seu desenvolvimento biológico lhe dá capacidades que entram em contradição com desejos e fantasias parentais, ou com a patologia de adaptação destes, que impõem uma espécie de interdito sobre esta função”.

O mesmo autor diz ainda que resta então definir as funções psíquicas e corporais nas quais vai incidir a nossa atenção para explicar a somatização precoce: “o ritmo parece desempenhar um papel essencial no que se refere ao eczema”, e logo à asma alérgica. Assim, a somatização do bebê é o resultado de uma oposição entre a sua própria vivência corporal e as imposições do seu meio ambiente ao qual não pode escapar. A patologia desenvolve-se assim, segundo o autor, quando as interdições incidem no desenvolvimento ou na manifestação de funções corporais.

Uma característica psicoafectiva muito encontrada e constante é a ausência da manifestação da angústia ao estranho (por volta dos oito meses). Este autor, no lugar de pensar esta manifestação a propósito do par depressão/mania, pensou no par actividade/passividade. “Antes do ano, em 90 % dos casos, nota-se uma perturbação importante do par passividade-actividade; depois do ano, em 75% dos casos, nota-se hiper-actividade” (Gauthier, 2001).

Quanto ao ritmo vigília/sono, o autor não coloca a tónica nas dificuldades nocturnas e suas influências no dia a dia da criança. Ele fala antes que estas disritmias ocorrem mesmo antes das crises sintomáticas, e assim estas não poderiam explicar as

dificuldades em dormir nestas crianças per si. Trata-se de dificuldades em estabelecer o ritmo vigília-sono, de insónias, de despertares nocturnos angustiados. Estas perturbações do sono encontram-se em 100% dos casos revisitados pelo autor, enquanto no grupo de controlo encontrou apenas 10 %. Ainda neste sentido, notou que nestas crianças, a passagem de ritmo ultradiano para circadiano Ter-se-á produzido muito rapidamente, desde antes do fim do primeiro mês.

Por detrás da anteriormente falada angústia ao estranho e do para actividade-passividade, é a capacidade da criança habitar um corpo próprio que está em jogo, bem como o desenvolvimento da sua identidade. Com as perturbações do sono, é toda a função de sonho que fica posta em causa, sendo que o sonho nesta idade é antes de mais um ritmo complexo. E o “corpo real da criança é o lugar de manifestação não de um ou de alguns ritmos corporais, mas sede de uma grande quantidade de ritmos variados, que exercem uns sobre os outros influências várias” (Gauthier, 2001).

Reflexão final

Para finalizar gostaria de realçar que a Cronobiologia afirma-se claramente como uma disciplina de importante relevância acrescida para pensar o ser vivo, e no campo que nos compete, o ser humano. Apesar de ter marcadamente um carácter genético/hereditário, tal não impede as suas relações com o meio ambiente, tanto no sentido Físico/cósmico (rotação do sol, dia-noite, e outros sincronizadores ambientais) como na relação com os prestadores de cuidados (Mãe, particularmente).

Na primeira infância, a Mãe surge como um dos sincronizadores mais relevantes para o equilíbrio dos diversos ritmos biológicos, sendo que a sua desadequação contribui para o aparecimento de somatizações no bebé, ligando-se este fenómeno a questões

referentes à constituição de uma identidade própria da criança face ao outro. Isto é, a constituição identitária surge aqui não só dependente da Relação propriamente dita (identificações), mas também ligada à aquisição dos ritmos biológicos e corporais da criança.

Esta dupla ligação às questões identitária, permite ligar os ritmos biológicos às questões afectivas, já que na primeira infância existe antes de mais um mundo de ritmos, e são estes que marcam a relação afectiva, ou melhor, é sobre eles que se afirma o afecto (e o sonho) na interacção mãe-bebé

O EXAME DE DIAGNÓSTICO NA PRÁTICA CLÍNICA

A Avaliação psicossomática de um paciente, tal como a avaliação em medicina e em Psicologia clínica, visa estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e uma indicação terapêutica. A tarefa de sistematizar tal procedimento de investigação em psicossomática parece-nos essencial, tanto mais se tivermos em conta que este campo de conhecimento se encontra em plena expansão nos dias de hoje. A proliferação de modelos teóricos e de conceitos explicativos para a compreensão do processo de somatização tem implicado uma certa dispersão e clivagem ao nível da elaboração de um quadro metodológico de avaliação nesta área. Tal facto, apesar de inevitável, pode ser minimizado na nossa opinião através da articulação dos diversos modelos, os quais poderão ser de certo modo vistos como complementares, já que “iluminam” o mesmo objecto ainda que de perspectivas diferentes e/ou com linguagens distintas.

A Medicina, por um lado, dá importância aos sintomas clínicos orgânicos e à história médica do sujeito, no sentido de o enquadrar em quadros diagnósticos específicos, os quais foram exaustivamente descritos ao longo dos últimos séculos. Os procedimentos de diagnóstico incluem muitas vezes exames de avaliação (testes médicos) no sentido de esclarecer as hipóteses diagnósticas formuladas no(s) primeiro(s) contacto(s) com o paciente. Tradicionalmente, não é dada muita relevância às questões do foro psíquico.

A Psicologia clínica, por outro, privilegia a sintomatologia comportamental e afectiva do sujeito, recorrendo também a diversas técnicas que visam o apuramento de um diagnóstico clínico. Tal como na medicina, a entrevista clínica tem um carácter fundamental para a compreensão da sintomatologia à luz da história do sujeito e para o

estabelecimento de hipóteses de diagnóstico, as quais poderão ser testadas com auxílio de instrumentos de avaliação (testes psicológicos). As questões médicas/orgânicas são usualmente postas para um segundo plano.

A Psicossomática ao afirmar-se enquanto disciplina fundadora da unidade mente-corpo vem reclamar a necessidade de pensar o sujeito como um todo, introduzindo uma complexidade inovadora e mais próxima da realidade, na compreensão do Ser humano. Não há de um lado o psíquico e de outro o somático, pois como vimos anteriormente tudo o que se passa no nosso Sistema nervoso central, toda a nossa experiência relacional e vida afectiva, tem uma repercussão ao nível das nossas defesas imunitárias, e logo no processo de adoecer somático. Assim como tudo o que se passa ao nível orgânico tem concerteza uma repercussão ao nível do funcionamento mental e afectivo.

As teorias psicossomáticas têm realçado ao longo do tempo determinados aspectos e conceitos, uns privilegiando mais as variáveis médicas e biológicas, outros as variáveis ligadas ao funcionamento psíquico. Uma coisa porém parece-nos óbvia, e diz respeito ao facto de termos que ter em conta cada vez mais uma amplitude de variáveis menos restrita, e privilegiar não só as questões ligadas ao funcionamento de base do sujeito (biológico, mental), mas também as situações de vida com que o sujeito se depara.

Vamos de seguida abordar sucintamente alguns modelos de avaliação/investigação, particularmente aqueles que estão mais directamente ligados às temáticas que consideramos relevantes neste campo de intervenção, nomeadamente, o modelo médico, o da Psicologia clínica, e ainda o psicomotor.

O Exame Médico

O objectivo da formação do médico é garantir aos doentes um tratamento correcto: para tal, é habitualmente necessário colher a história clínica e efectuar o exame objectivo. Segundo Welsby (2004), a importância da história clínica não deve ser subestimada, pois estudos levados a cabo com doentes de ambulatório mostram que os diagnósticos são feitos a partir da história clínica na enorme maioria dos doentes, sendo que o exame objectivo apenas fornece achados significativos inesperados numa minoria de casos.

Na recolha da história clínica deve ser sempre respeitada a confidencialidade e privacidade do doente. O médico deve mostrar disponibilidade e tentar ouvir as coisas do ponto de vista do doente, mantendo-se quanto possível numa atitude neutral. Na recolha da história clínica do doente as técnicas de interrogatório são uma ferramenta importante para a compreensão do problema do doente e para o esclarecimento e confirmação das hipóteses de diagnóstico que vão sendo formuladas.

Segundo Welsby (2004), qualquer pergunta a fazer deve ser simples, clara e formulada em termos que o doente compreenda. À medida que este conta a história clínica podem ser feitas perguntas relevantes e noutros casos pode ser imposta uma estrutura com múltiplas perguntas. De qualquer modo há sempre perguntas que devem ser feitas por rotina, nomeadamente as relativas à queixa inicial (motivo), a história pregressa, história familiar e social. A história deve ser sempre escrita, sendo que o seu registo é variável de individuo para individuo.

As queixas iniciais devem ser claramente definidas, sempre que possível. E para cada sintoma inicial é relevante averiguar a data de inicio das queixas, a forma de evolução,

gravidade e resultados de investigações prévias e efeitos dos tratamentos respectivos. Welsby (2004) alerta para a necessidade de decidir em fase precoce da história se as queixas iniciais estão integradas numa sequência simples ou se estão separadas tendo assim que ser tratadas de modo independente durante a colheita subsequente da história. Neste sentido adverte para uma atitude flexível, já que mais tarde pode tornar-se evidente que as queixas iniciais aparentemente não relacionadas podem estar de facto relacionadas entre si.

Quando se trata de sintomas dolorosos é importante ter em consideração diversos aspectos quando se descreve uma dor, seja ela localizada ou difusa: a sua localização, a qualidade (como é, como a sente?), o modo de início, a sua progressão, a sua irradiação (para onde se desloca a dor?), factores que a modificam (alguma coisa modifica ou agrava a dor?), tratamentos já administrados, profundidade da dor (superficial ou profunda?) e relação com qualquer outra posição ou função do corpo.

Além da exploração da queixa inicial e aspectos associados, é importante, como já foi referido recolher dados da história do sujeito. Por um lado da história pregressa, a qual deverá incidir sobre doenças anteriores (doenças do coração, pulmões, tubo digestivo, aparelho urinário, doenças do sistema nervoso – neurológicas e mentais – e algumas doenças particulares como a febre reumática, diabetes e tuberculose), tratamentos anteriores (incluindo cirurgias, internamentos ou acidentes relevantes), medicação anterior (e actual), e ainda alergias ou reacções adversas a fármacos.

Por outro lado é importante obter dados da história familiar no sentido de construir um árvore genealógica para averiguar a presença e transmissão de determinadas afecções. Deve também perguntar-se acerca do estado civil do sujeito, e se for separado ou divorciado, segundo Welsby (2004), pode ser relevante perguntar quando e porquê.

Deve ainda saber-se se tem filhos, e no caso das mulheres perguntar o número de gravidezes.

A avaliação da aparência do doente, das maneiras e do conteúdo da conversa, fornece no geral, alguma informação sobre o meio social. Ainda segundo o mesmo autor, é necessário ter certas precauções na exploração da história social do sujeito, já que existe por vezes uma margem estreita entre indiscrição gratuita e curiosidade médica justificada, e a definição deste limite pode não ser coincidente entre o doente e o médico. No entanto há certos aspectos que devem ser explorados, nomeadamente; a situação profissional (situações de desemprego, formação profissional, tipo de emprego), o alojamento (onde vive e se existem problemas financeiros relacionados com o modo de alojamento), passatempos (alguns envolvem riscos médicos), viagens recentes ao estrangeiro (especialmente para países tropicais), stress (pois pode contribuir ou ser de facto a única razão para o quadro clínico apresentado), consumo alcoólico e de drogas, e ainda relativamente à vida sexual do sujeito (sobretudo devido à emergência das doenças sexualmente transmissíveis, sobretudo a SIDA).

A História clínica fornece assim um considerável número de dados que só por si permitem na maioria das vezes “acertar” no diagnóstico. No entanto, as hipóteses que estes dados fornecem precisam ser confirmados através da execução de um exame objectivo do doente. Segundo Welsby (2004) a melhor sequência do exame consiste em começar pela avaliação cuidadosa do doente na sua globalidade e aspecto geral. Pode depois seguir-se o exame das mãos, membros superiores, pescoço, cabeça, tórax, abdômen e membros inferiores. O equipamento necessário para fazer a observação não especializada inclui geralmente, uma espátula, algodão, uma lanterna, um estetoscópio, um oftalmoscópio/otoscópio, um esfigmomanómetro e um clip descartável (avaliação da sensibilidade dolorosa). Em seguida aprofundam-se os sinais clínicos que podem

encontrar-se na observação levada a cabo, começando com os aspectos gerais relevantes, os quais naturalmente não vamos explorar aqui neste trabalho.

Na sequência deste exame ao sujeito pode ser necessário recorrer a técnicas de diagnóstico específicas para confirmar ou infirmar determinadas hipóteses, assim como para avaliar com maior profundidade determinados aspectos assinalados pelo médico que fez a primeira consulta. O objectivo de todos estes procedimentos é chegar a um diagnóstico correcto, possibilitando assim ao clínico determinar uma terapêutica para curar o doente e/ou minimizar o seu sofrimento.

O Exame Psicológico

O exame psicológico, segundo Sanglade-Andronikof e Verdier-Gibello (1983), é uma situação relacional no decurso da qual um especialista aplica os conhecimentos teóricos e os métodos psicológicos para a compreensão dinâmica do sujeito que apresenta dificuldades num dado momento da sua vida. Quando se fala em compreensão, fala-se necessariamente em diagnóstico, já que importa sempre enquadrar o sujeito e sua problemática num quadro nosológico adequado, para assim melhor precisar a intervenção terapêutica.

Tal como no exame médico, o começo de qualquer investigação clínica-psicológica inicia-se normalmente pelo pedido do sujeito. O pedido encontra-se quase sempre ligado a algum aspecto da vida do sujeito que causa sofrimento ao próprio ou nas suas relações próximas (Sanglade-Andronikof e Verdier-Gibello, 1983). A origem do pedido pode não ser necessariamente proveniente do próprio sujeito, mas de outros técnicos (professores, médicos, tribunal, Psiquiatra, etc). Por vezes podem tratar-se de questões

pontuais que os sujeitos (ou outros técnicos) querem esclarecer, ou então, pedidos mais globais que visam alcançar um diagnóstico global e prognóstico respectivo.

No geral, é importante que a investigação psicológica seja o mais completa possível, e forneça um quadro do conjunto da situação, pois um elemento isolado não tem em si qualquer valor diagnóstico. A necessidade de fazer uma investigação completa, excepto quando o pedido é muito circunscrito, tem que ter em conta a natureza complexa das interacções somato-psíquicas do indivíduo e do jogo constante dos equilíbrios internos. É neste sentido que Sanglade-Andronikof e Verdier-Gibello (1983) referem que uma dificuldade pontual, um sintoma isolado, um problema actual, nunca são fenómenos independentes do resto da personalidade do sujeito nem das dinâmicas familiares. Neste sentido, o Psicólogo deverá interrogar-se sobre as vicissitudes do problema apresentado e tentar compreender o conjunto dos mecanismos em jogo, para assim poder elaborar um diagnóstico adequado.

O Exame psicológico é pois uma investigação que surge em resposta a um problema. É uma procura orientada que se articula sobre uma interrogação, um apelo, um sinal de sofrimento; sendo que na ausência destas premissas, a intervenção do psicólogo não se justifica. Uma das características metodológicas essenciais para a sua execução é exactamente a formulação de hipóteses de diagnóstico, as quais devem ser gradualmente testadas numa lógica que podemos designar de diagnóstico progressivo. O termo “diagnóstico” é aqui visto como: “determinação ou conhecimento de uma doença pela observação dos sintomas, dos sinais com que se manifesta” (dicionário da língua portuguesa contemporânea, 2001).

Sistematizando, o “roteiro” do exame psicológico passa por diversas fases e socorre-se de vários instrumentos metodológicos. São eles: a entrevista semi-directiva, a

observação livre, a formulação de hipóteses de diagnóstico, o uso de testes psicológicos e o diagnóstico final. É a partir da formulação do diagnóstico final que podemos prefigurar um prognóstico e indicar a terapêutica adequada para um determinado sujeito.

A entrevista semi-directiva é, segundo Espada (1997), a técnica de avaliação mais utilizada no psicodiagnóstico, sendo aliás para muitos clínicos o único ou principal instrumento de avaliação. Ela facilita uma maior riqueza e amplitude de informações comparativamente com qualquer outra técnica de avaliação. A maioria dos autores coincide na definição da entrevista psicológica “como um processo no qual intervém duas ou mais pessoas, através de um meio geralmente oral em que se distinguem papéis assimétricos: entrevistador e entrevistado” (Espada, 1997). Essa assimetria reflecte-se nos procedimentos do entrevistador, pelo facto de possuir certos conhecimentos técnicos e conduzir o processo de entrevista. É importante assinalar que existem vários tipos de entrevista, sendo que naquilo que concerne ao nosso trabalho, a entrevista poderia ser definida como técnica de avaliação ou diagnóstico.

Outra questão que é relevante assinalar é que a própria técnica de entrevista se diferencia consoante se trate de uma consulta com um adulto, adolescente, criança ou bebé. Esta especificidade técnica é de grande relevância para o objectivo último da realização do exame psicológico: a compreensão do sofrimento mental e o diagnóstico. Há ainda que ressaltar que a entrevista em Psicologia clínica se reveste de um carácter semi-directivo, o que a distingue do modelo médico que utiliza técnicas directivas em que o entrevistador dirige o processo do princípio ao fim, como vimos anteriormente. Distingue-se também das entrevistas não-directivas, as quais não têm estrutura de base. Esta tipologia é característica do modelo psicanalítico e do seu método de associação livre, mas também do modelo rogeriano, o qual também se rege pelo seu carácter não

estrutural.

É importante também realçar o carácter eminentemente relacional da entrevista em Psicologia Clínica. O sujeito traz para a entrevista, “sob a forma de verbalização ou de actividade lúdica e gráfica, aquela fatia da sua vida que é significativa para ele no aqui e agora da relação que vai construindo com o Psicólogo” (Silva, 1995). E essa fatia da sua vida corresponde de certo modo a uma amostra do seu funcionamento psíquico e do seu comportamento na vida diária.

A entrevista de avaliação em Psicologia clínica caracteriza-se sobretudo como já foi referido antes, pelo seu carácter semi-directivo ou semi-estruturado. “Como modelo misto, apresenta uma alternância de fases directivas e não directivas; tenta recolher informação suficiente, tanto de anamnese como do estilo comunicacional do entrevistado ou entrevistados, para a tomada de decisões para a intervenção ou investigação” (Espada et al, 1997).

A anamnese reveste-se pois de uma importância crucial para a compreensão do sujeito nas suas múltiplas dimensões. E é a entrevista clínica que permite aceder aos dados da história do sujeito nas suas múltiplas valências: traços de personalidade, tonalidade afectiva, história familiar, percurso escolar e profissional, acontecimentos marcantes de vida, relações inter-pessoais, vida fantasmática, etc. Gibello (1998) realça a importância de conservarmos no espírito dos diferentes sectores a explorar, embora tal exploração não deva ser conduzida de modo rígido, através de um interrogatório que rapidamente se tornaria insuportável, mas através do diálogo com o sujeito, deixando-o desenvolver as suas associações de idéias, convidando-o a explicar os seus pensamentos, os seus juízos e o contexto em que os situa.

E são estas informações, que juntamente com dados da observação directa (e da relação) e das queixas do sujeito nos permitem colocar hipóteses de diagnóstico acerca do funcionamento do sujeito. É importante aqui ressaltar novamente as diferenças ao nível da técnica da entrevista consoante o nível etário do sujeito. Como é óbvio no caso de serem crianças, os Pais ou substitutos têm um papel preponderante e participativo nas entrevistas, pois antes de mais dispõem de muitas informações relevantes acerca da história familiar e do(s) seu dependente(s).

Como já foi referido antes, o carácter semi-directivo da entrevista deve dar a liberdade necessária ao sujeito e ao próprio decurso da entrevista, mas possibilita também colocar determinadas questões no momento oportuno no sentido de obtermos informações chave acerca da história do sujeito. Essas informações chave dependem do grupo etário do sujeito e das próprias vicissitudes do exame psicológico.

No caso das crianças, é importante explorar sistematicamente (Gibello, 1998): os desenvolvimentos da primeira infância (gravidez, parto, organizadores psíquicos da primeira infância, desenvolvimento da linguagem, marcha, controlo esfinteriano, socialização, doenças, hospitalizações, separações do meio habitual, acontecimentos de vida significativos), reconstituição da escolaridade e formação profissional (sucessos e insucessos escolares, adaptação à escola, relação com colegas e professores, hobbies, dificuldades de aprendizagem, comportamento) e as posições do meio familiar relativas à inteligência, escolaridade, ao esforço, à cultura, ao êxito, em geral e no tocante ao sujeito examinado.

No caso dos adultos e em muitos adolescentes, a entrevista decorre só e apenas com o sujeito, sem o contacto com outras pessoas significativas. A anamnese é assim recolhida unicamente com o material que o sujeito traz, sendo exposta ao seu ritmo, não deixando

porém de ser necessário perguntar directamente determinados aspectos que se consideram relevantes para a compreensão do sujeito e para a aproximação diagnóstica. Dados relativos ao seu percurso escolar/profissional, relações amorosas, dados da sua história familiar, socialização, hobbies, sexualidade e doenças, são alguns dos dados que importa averiguar, entre outros. Além destes itens mais específicos que há que averiguar na consulta com os sujeitos, há sobretudo que privilegiar os dados relativos à relação que se estabelece entre o sujeito e o Psicólogo, isto tanto na consulta com adultos como com crianças.

As hipóteses de diagnóstico são formuladas a partir da(s) queixa(s) do sujeito, dos dados anamnésicos e da informação recolhida por observação directa do sujeito e/ou das suas interacções. E tal como no modelo médico, pode ser necessário recorrer a exames complementares (testes) para confirmar ou infirmar o nosso diagnóstico, assim como para estabelecer um prognóstico e propor modalidades terapêuticas adequadas.

O objectivo da aplicação de testes psicológicos não é a avaliação do sujeito propriamente dito, mas sim das nossas hipóteses de diagnóstico. “Os testes são extremamente variados, todos têm o seu interesse, as suas vantagens e seus inconvenientes; eles são modificados, re-aferidos ou inteiramente renovados, segundo o ritmo de aparição e desaparecimento de conceitos psicológicos, em função das populações de aferição ou em consequência de interesses pessoais, ou do gênio, de um psicólogo” (Sanglade-Andronikof e Verdier-Gibello, 1983).

Segundo Anastasi (1977), “um teste psicológico é, fundamentalmente, uma medida objectiva e padronizada de uma amostra do comportamento”. Neste sentido, os testes psicológicos são iguais aos testes de qualquer outra ciência, na medida em que se fazem observações sobre uma amostra pequena, mas cuidadosamente escolhida, do

comportamento de um indivíduo.

Freeman (1990) acrescenta outros aspectos: “um teste psicológico é um instrumento estandarizado que mede objectivamente um ou mais aspectos de uma personalidade total através de amostras de respostas verbais ou não-verbais ou outras formas de comportamento”. Esta definição sublinha algumas palavras chave: estandarização, objectividade e amostra, as quais constituem a pedra angular de qualquer teste psicológico.

A estandarização ou padronização implica, segundo Anastasi (1977), uma uniformidade de processo na aplicação e na avaliação do teste. Se vamos comparar os resultados obtidos por diferentes indivíduos, as condições de aplicação devem evidentemente ser iguais. Daí ser importante para este propósito seguir minuciosamente as instruções de aplicação do teste, para assim minimizar a evidência básica que nunca há duas aplicações exactamente iguais. Outro aspecto importante da padronização de um teste é o estabelecimento de normas, pois sem estas os testes não podem ser interpretados.

Neste sentido, “o resultado de um indivíduo pode apenas ser avaliado através da comparação com os resultados obtidos por outros; como o seu nome indica, uma norma é a realização normal ou média” (Anastasi, 1977). Daí que no processo de padronização, um teste deva ser aplicado a uma amostra grande e representativa do tipo de sujeito para o qual o teste foi planeado. Daí Freeman (1990) referir que todos os testes visam uma população determinada, um grupo determinado.

Quando se procede à padronização de um teste, “o objectivo é conferir-lhe objectividade, isto é, conseguir um instrumento que na medida do possível seja isento

de juízos subjectivo (pessoais) no que respeita a capacidades, desempenhos, dimensões ou potencial a medir ou avaliar” (Freeman, 1990). Assim, o teste que de certo modo é uma situação experimental, “permite estudar determinadas variáveis a partir da variável independente que é o material do teste” (Sanglade-Andronikof e Verdier-Gibello, 1983). Esta situação vai permitir uma avaliação quantitativa de determinado(s) aspecto(s) do sujeito comparativamente às normas da população de referência.

Há no entanto que assinalar que qualquer teste não tem apenas uma leitura quantitativa, pois existem outros dados a extrair além da comparação do sujeito com a norma estatística (avaliação quantitativa). Temos que ter em linha de conta todo um conjunto de sinais e comportamentos que se desenvolvem ao longo da passagem do teste, como sejam: reacções emocionais, participação corporal, investimento na tarefa, modalidades de adaptação, procedimentos de realização, já que eles têm uma influência importante nos resultados do sujeito. Esta leitura, que se poderá chamar de qualitativa, dá o colorido que falta à abordagem estatística pura e simples, e permite recolher dados importantes acerca do funcionamento do sujeito.

Existem actualmente uma grande variedade de testes psicológicos, os quais poderíamos classificar em vários tipos principais: os testes de inteligência, de aptidões específicas, questionários de personalidade, provas instrumentais, projectivos, de conhecimentos escolares, entre outros. Todos eles procuram responder às premissas que antes enunciamos na definição de teste psicológico, apesar de obviamente existirem casos em que a validade e fiabilidade é verdadeiramente contestável.

Concluindo, os testes fornecem material clínico que poderemos considerar objectivo e que poderá (ou não) responder às nossas dúvidas ou “semi-certezas” (hipóteses diagnósticas) levantadas na análise dos sintomas, anamnese e da observação directa do

sujeito. Os testes fornecem assim condições privilegiadas para o estabelecimento de um diagnóstico baseado em dados objectivos, assim como fornecer prognósticos e auxiliar no estabelecimento de indicações terapêuticas.

Para terminarmos este ponto gostaríamos de reiterar nas palavras de Colette Chiland (1999) a definição de exame psicológico no seu sentido mais corrente, “como exame do funcionamento mental”.

O Exame Psicomotor

Decidimos incluir neste capítulo a temática da psicomotricidade, pois é uma disciplina que aborda uma valência do sujeito que poderá ser interessante para a compreensão psicossomática do sujeito. Segundo Levin (1999), ao psicomotricista interessa o corpo e a motricidade de um sujeito em suas diferentes vertentes. Enquanto o psicanalista privilegia a escuta, o psicomotricista ocupa-se do corpo, dos gestos e do movimento, privilegiando sobretudo o olhar. Deste modo a psicomotricidade afasta-se, por um lado, do discurso que toma o corpo como objecto em si mesmo, como “coisa”, e, por outro lado, afasta-se da terapêutica do jogo corporal pelo jogo em si mesmo, para constituir-se na clínica que se ocupa das perturbações psicomotoras do sujeito.

Não se trata de um corpo global, mas do corpo de um sujeito enquanto receptáculo, falante, erógeno, instrumental, investido, discursivo e simbólico. “O corpo não é organismo, deste último é a medicina quem se ocupa. O corpo de um sujeito é letra, é gramática, e é lida pelo outro enquanto tal (o que implica uma reconstrução)” (Lévin, 1999). Neste sentido o corpo é “fonológico” e não falante por si mesmo, pois o que fala é o sujeito através do corpo, das variações tónico-motoras, do movimento, dos gestos e

do esquema corporal.

A psicomotricidade ocupa-se do corpo nas suas dimensões instrumental, cognitiva e tónico-emocional, utilizando técnicas que permitem averiguar estas várias dimensões corporais do sujeito. A relação com o outro na sua dimensão corporal é o cerne do olhar do psicomotrista, o que naturalmente implica uma atenção particular aos fenómenos da transferência e contratransferência. O conceito Leboviciano de bebé fantasmático, imaginário e real pode ter bastante utilidade neste campo. Por exemplo, na entrevista com os pais de um cliente (criança) interessa saber “o discurso da mãe em relação ao corpo do seu filho, como imaginava este corpo, foi ou não desejado, se tem alguma problemática orgânica, etc.” (Lévin, 1999). Isto é, antes mesmo de nascer já há um corpo para esse filho que vai chegar, ainda que da ordem do imaginário.

No fundo é a Mãe que tem a função de apresentar o corpo e o mundo à criança, tal como é a criança que determina na mulher a sua nova condição de Mãe. A criança, na sua condição de dependência do outro, organiza a sua resposta para o exterior através dos olhos e do toque do outro. Isto porque a criança quando nasce apesar de ter inervações sensoperceptivas, não as consegue associar porque os nervos piramidais não foram ainda mielinizados, portanto não pode coordenar, nem integrar a resposta corporal. É este outro (mãe) que “vai criando nesse puro corpo “coisa”: buracos, bordas, protuberâncias, tatuando deste modo um mapa corporal produto do desejo do outro, que o erogeiniza e pulsionaliza, ou seja, cria-lhe uma falta no corpo” (Lévin, 1999). E são estas faltas que o transformam num corpo erógeno e simbólico.

Há no entanto outros dados que consideramos relevantes para a compreensão da maturação motora do corpo, que consistem no facto da direcção do crescimento e da maturação ocorrerem de forma invariável na seguinte direcção: céfalo-caudal e

próximo-distal. Isto é, a direcção do desenvolvimento ocorre do simples ao complexo, do geral ao específico e do homogénio ao heterogénio. Ainda segundo Lévin (1999), este desenvolvimento motor que concerne ao corpo no aspecto biológico, não se pode constituir enquanto humano se não estiver organizado num universo simbólico. O corpo humano, ao ser inscrito pelo desejo do outro, diz nas suas posturas, nas suas atitudes corporais, nos seus gestos e movimentos. Por isso não se trata de uma mera acção motora, mas de um acto de dizer, desejante, por isso psicomotor: porque toda a motricidade humana está tomada pela linguagem.

O exame psicomotor tem em linha de conta estas particularidades do corpo humano, na sua vertente instrumental (corpo real, biológico) e na sua vertente funcional (corpo imaginário, falante, simbólico). Neste sentido o seu campo de investigação não se limita, como refere Contant e Calza (1989), ao campo da psicopatologia, mas estende-se também à patologia não funcional, no domínio da psicossomática não-histérica. Estas duas grandes formas de patologia (psicopatologia e patologia orgânica) têm como corolário ao nível da psicomotricidade dois tipos nitidamente distintos de perturbações psicomotoras: as perturbações funcionais e as instrumentais.

Segundo Contant e Calza (1989), nas perturbações funcionais, o instrumento está apto a funcionar no plano neurofisiológico, sendo a função que está posta em causa, entravada (interdição ligada à sexualidade infantil). Aqui o sintoma psicomotor possui um sentido primário, exprimindo o verbal por intermédio do simbólico. Enquanto que nas perturbações instrumentais, pelo contrário, é a gênese da função que está em causa. Aqui o instrumento falha no plano neurofisiológico, reenviando para problemas relacionais precoces assim como para a problemática fundamental da constituição do espaço e do tempo.

O exame psicomotor contempla vários eixos de análise e interpretação. São eles: os processos de lateralização, orientação e deslocação, o tônus, os gestos. Têm ainda em consideração aspectos como, o olhar, a respiração, a imitação, a leitura do corpo e ainda a contratransferência emocional e a contra-atitude (Contant e Calza, 1989). A avaliação destes processos através de metodologias próprias permite chegar a um diagnóstico psicomotor e propor intervenções terapêuticas adequadas consoante o problema detectado.

Vamos apenas debruçarmo-nos em alguns destes processos, começando pela lateralidade. Segundo Contant e Calza (1989), a lateralidade acompanha a gênese da personalidade e representa a esse título, o elemento diagnóstico mais importante da psicomotricidade. Existem diferentes factores implicados neste processo, uns que são psíquicos, que se articulam com o conflito edipiano, e outros referentes a factores hereditários e à dominância hemisférica, sem esquecer os factores de ordem social, nomeadamente as pressões impostas aos canhotos para fazerem as suas tarefas com a mão direita.

Este processo relaciona-se com o processo de diferenciação face ao outro, de constituição de uma identidade própria, diferenciada, na medida em que por vezes nos deparamos com sujeitos que unicamente podem reconhecer a direita e a esquerda graças a um fenómeno “em espelho”, demonstrando assim uma relação espacial não dialética, mascarada por “truques” adaptativos que lhe dão a sensação de ter um corpo. (Contant e Calza, 1989) Existem diversos testes para averiguar a lateralidade, dos quais se destacam o de Piaget-Head, de Zazzo e de Galifret-Granjon.

A marcha (modo de se deslocar) do sujeito é o sinal de uma independência, de uma autonomização. O que se observa é o modo de se deslocar do sujeito, o contacto dos pés

com o solo, a musculatura dos membros inferiores, a rapidez dos seus movimentos. Quanto à função de orientação, esta é uma função de afirmação de si, ao mesmo tempo que se liga a uma possível angústia de abandono (Contant e Calza, 1989).

Quanto ao tónus, em primeiro lugar há que referir que ele é susceptível de se modificar na relação com o outro e que está em permanente evolução em função das situações presentes. Segundo Bergés (1999), o tónus aparece como o fundo sobre o qual emerge e se inscreve o movimento e constitui um dos modos mais arcaicos de comunicação da criança com as figuras parentais. Ajuriaguerra (1974) sublinha o seu papel apelativo e de expressão para com a Mãe, modo de acção sobre o outro, para o outro, permitindo ao bebé satisfazer as suas necessidades e desejos mais elementares (alimentares, desconforto, necessidade de contacto), graças à modificação sua tónica e postural, que tem como efeito a intervenção do outro. Estas manifestações tónicas traduzem-se por uma hipertonia de apelo e uma hipotonia de satisfação.

Ao nível afectivo, o tónus constitui-se como uma maneira de ser que traduz o comportamento da pessoa na sua relação com o outro e com o mundo. “A capacidade emocional constitui uma parte indissociável da estrutura do carácter. Todas as diferentes reacções ao mundo traduzem-se pelo tónus dos nossos músculos na vida relacional” (Contant e Calza, 1989). Outros interessaram-se pelas relações entre o tónus e a agressividade. A hipotonia surge como estando associada à auto-agressividade ou ao receio de agredir o outro, e a hipertonia associada ao sujeito desajeitado, intolerante e rabugento.

A um nível mais prático, no que concerne ao exame psicomotor do tónus muscular, é importante observar o tónus não somente em provas específicas (relaxação), mas igualmente as suas variações nas diferentes situações que decorrem durante o exame.

Segundo Contant e Calza (1989), é necessário que o terapeuta esteja ele mesmo consciente do seu próprio estado tônico na relação com o outro e que tome nota das eventuais modificações.

Quanto aos gestos, estes fazem parte de uma linguagem corporal, mas não podem ser assimilados aos signos verbais, pois não têm a mesma natureza. Um signo deve ser analisado no seu contexto e não devemos fazer corresponder a cada gesto ou mímica um significado unívoco. Apesar de existirem vários tipos de sinais cinestésicos, a psicomotricidade interessa-se sobretudo, segundo Contant e Calza (1989), pelo índice, que corresponde à manifestação de um estado emocional através da expressão facial que revela a especificidade da emoção e da postura que indica sobretudo o grau do estado emocional.

O índice possui uma dupla função: a de dar uma indicação sobre o estado emocional do sujeito e a de suscitar uma reacção no outro. A um nível prático é interessante propor ao sujeito várias situações nas quais a mímica e a postura estejam em jogo sob formas expressivas diferentes (raiva, alegria, tristeza, etc) e apreciar a capacidade do sujeito em adoptar essas diferentes atitudes, tendo em conta as correlações existentes entre o estado muscular e o estado emocional.

INVESTIGAÇÃO E AVALIAÇÃO EM PSICOSSOMÁTICA

Vamos de seguida abordar alguns modelos clínicos que apresentam metodologias específicas de trabalho no campo da psicossomática, ou que se configuram com laços fortes com esta disciplina. O objectivo é abrir o caminho para o capítulo final onde tentaremos expor um modelo de trabalho que consagre as diferentes perspectivas e conceitos que têm sido até aqui exploradas.

Psiquiatria de Ligação

A Psiquiatria de ligação é a disciplina médica que faz a intersecção entre a medicina e a Psiquiatria. Quanto às suas origens, Lipsitt (2001) no seu artigo “Psiquiatria de ligação e medicina psicossomática” refere que não existia nenhuma “interface” real entre a psiquiatria e a medicina até ao início do século XX. Existia, no entanto um interesse em aplicar a psiquiatria a problemas médicos, mas tal interesse era de carácter pessoalizado e não formal. O seu desenvolvimento deve-se em grande medida à investigação desenvolvida pelos pioneiros da medicina psicossomática, sendo aí que a Psiquiatria se alimentou sobretudo nos primeiros tempos. Uma das pioneiras da Psiquiatria de ligação foi Dunbar, cujas teorias abordámos sucintamente no primeiro capítulo do presente trabalho.

Entre 1940 e meados da década de 60, unidades psiquiátricas de Hospitais gerais floresceram e aí surgiram variados serviços de Psiquiatria de Ligação, muitos deles ligados a universidades onde psicanalistas e especialistas em psicossomática partilhavam departamentos de psiquiatria (Lipsitt, 2001). O pós-guerra (II guerra mundial) trouxe novos conhecimentos à medicina psicossomática, a qual beneficiou das

experiências de colaboração que se efectuaram nesse período. Este conhecimento podia ser aplicado a pacientes médicos e cirúrgicos que não tinham doenças psiquiátricas definíveis, mas sobretudo reacções a doenças, o trauma relativo às experiências de doença e cirurgia e distúrbios da relação médico-doente que comprometiam ou complicavam o tratamento, a evolução e o sucesso.

Ainda segundo Lipsitt (2001), surgiram nesta altura vários cursos de “medicina psicoterapêutica”, leccionados por psicanalistas e especialistas em psicossomática a médicos de clínica geral, com o objectivo de articular relações entre perturbações emocionais e doenças. Todo este entusiasmo pós-guerra na aplicação da medicina psicossomática aos problemas clínicos quotidianos permitiu estabelecer uma base sólida para o desenvolvimento da Psiquiatria de ligação.

Um dos grandes responsáveis por esta evolução foi o Dr. Alan Gregg da Fundação Rockefeller, nomeadamente por fomentar as relações entre a medicina psicossomática, a psiquiatria de ligação e a psiquiatria hospitalar geral. Ele desenvolveu um interesse particular pela psiquiatria e a psicanálise e foi determinante, segundo Lipsitt (2001), para a reunião das ciências biológicas e psiquiátricas. Enquanto Director da divisão de Ciências médicas da Fundação, ele esteve ligado ao incremento de programas de suporte, de instituições e técnicos que seguiram e propagaram a sua filosofia de abordagem integrada para os cuidados de saúde.

A psiquiatria de ligação alimentou-se ao longo dos anos das pesquisas em psicossomática em diversas valências. Segundo Lipsitt (2001) foram: a doutrina da multicausalidade, os efeitos do conflito e do stress, o impacto da perda de emprego, uma abordagem epidemiológica da doença, as implicações de relações familiares perturbadas e da perda de objecto, separação, luto, relações médico-doente, sentimento de desespero

e desamparo, reacções de aniversário, síndromes de desistência, a relação entre personalidade (ex: tipo A) e doença, e ainda aspectos emocionais de doenças como as cardiovasculares, cancro, diabetes, esclerose múltipla, entre outras.

Todas estas pesquisas com o cunho da medicina psicossomática tiveram um impacto na experiência clínica dos Psiquiatras de ligação, apesar de por vezes a sua aplicação prática não ser linear. Além desta clara aliança com a medicina psicossomática, a psiquiatria de ligação absorveu conhecimentos nas últimas décadas de outras disciplinas, como a antropologia, a sociologia, a psicologia, teoria dos sistemas de comunicação, ciência behaviorista, neurociências e outros campos relacionados.

Todas estas evoluções tiveram um impacto cada vez maior ao nível dos sistemas diagnósticos em Psiquiatria, nomeadamente no seu “altar sagrado”: o manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM). No entanto, e apesar dos esforços desenvolvidos nas últimas décadas notou-se, segundo Nemiah (2000), uma mudança radical com a publicação em 1980 da terceira edição deste manual (DSM-III).

Esta mudança resulta da transformação no DSM-II, da categoria de “perturbações psicofisiológicas” em “factores psicológicos que afectam a condição médica” no DSM-III. Nemiah (2000) refere que a definição anterior continha a implicação de que os factores psicológicos jogavam um importante papel etiológico na produção de distúrbios corporais, e que nas redefinições posteriores (DSM-III e IV) é atribuído um papel secundário aos factores psicológicos, enquanto meros elementos subservientes que complicam o decurso de doenças somáticas patofisiologicamente determinadas.

Segundo o mesmo autor, estas últimas definições refletem a ênfase no pensamento psiquiátrico corrente que consagra os aspectos biológicos e fenomenológicos das

perturbações mentais, assim como uma amnésia notável das investigações e conceitos que surgiram desde o início das pesquisas em psicossomática.

Modelo de investigação da Escola Psicossomática de Paris

Em 1963, Pierre Marty, M'Uzan e David publicaram a obra “A investigação psicossomática”, na qual sistematizaram um modelo de investigação tendo por base as premissas teóricas que vinham sendo desenvolvidas por estes autores até então. Mais tarde, no seu livro “Psicossomática do adulto”, Marty (1993) elabora uma síntese desses dados, e é inspirado nesse texto que vamos apresentar de seguida o seu modelo.

Em primeiro lugar há que referir que a investigação psicossomática de um paciente nesta perspectiva reveste-se da mesma importância que a investigação médica ou psicanalítica, isto é, deve estabelecer um diagnóstico, do qual decorre a terapêutica que propõe. Uma das originalidades deste modelo é a de propor um diagnóstico no fim de apenas uma investigação, o que implica que o investigador tenha sólidos conhecimentos nesta área. A “exigência” precoce de um diagnóstico permite saber melhor o prognóstico do paciente e evitar surpresas desagradáveis à posteriori.

Marty refere ainda que contrariamente à investigação médica, apenas excepcionalmente a investigação psicossomática se apoia em exames complementares, em particular nos testes psicológicos. E difere também da investigação psicanalítica na medida em que dá conta não só dos aspectos psíquicos mas também somáticos do sujeito. Ela representa em si mesmo um primeiro passo terapêutico.

O fundamento da investigação repousa em primeiro lugar no pressuposto que de início o

investigador se adapte aos ritmos do paciente. Assim, “a investigação, graças à observação, escuta do paciente e aos elementos clínicos assinalados (modo de falar e expressão corporal) vai permitir uma apreciação e uma avaliação das capacidades de elaboração mental do paciente” (Pongy e Babeau, 2003). E depois, progressivamente na pesquisa mais activa de elementos específicos.

Marty (1993) refere que as perguntas que o investigador deve ter presente são: Como está organizado mentalmente o paciente? (noção de estrutura fundamental); Como funcionou e funciona habitualmente e menos habitualmente na sua vida relacional? (noção de particularidades habituais principais); Como adoeceu, que mudanças aconteceram ao mesmo tempo, ou antes, na sua vida relacional? (noção de características actuais principais); Quais as referências no seu passado para o qual a evolução das patologias somáticas passadas, recentes ou actuais podem remeter? (noção de anamnese); E, porquê este tipo ou tipos de doença(s) neste sujeito? A investigação deverá então responder a estas perguntas, para chegar ao diagnóstico. Com esse propósito Marty desenvolveu uma classificação diagnóstica, que não será explorada na presente Tese.

A noção de estrutura fundamental resulta, esquematicamente, em primeiro lugar da qualidade psíquica (organização dos dois sistemas tópicos freudianos), e de seguida das relações entre o funcionamento mental e os comportamentos. Uma organização do ego de acordo com a segunda tópica implica uma organização satisfatória do pré-consciente da primeira tópica, ao mesmo tempo que exclui a prevalência do comportamento. A ausência de um super-ego pós-edipiano, assinala pelo contrário a fragilidade do Ego, assim como os riscos de uma má mentalização e da prevalência do comportamento.

As qualidades do pré-consciente bem como a comunicação entre instâncias são

definitivamente as melhores garantias, segundo Marty, de uma organização mental adaptada à elaboração dos conflitos e aberta à relação. Estas características podem ser averiguadas através das associações, dos sonhos espontaneamente descritos ou solicitados, dos produtos imediatos do recalçamento e do simbolismo das representações.

Ao contrário da estrutura fundamental, considerada fixada e inamovível na idade adulta, as particularidades habituais e as características actuais não têm este atributo, sendo variáveis para um mesmo indivíduo. A avaliação sintomática mostra-se assim nesta perspectiva particularmente delicada em psicossomática, na medida em que, para apreender as transformações ocorridas paralelamente à doença, as características actuais devem ser comparadas com as particularidades habituais do sujeito, as quais não são automaticamente evidentes para o investigador, que dedica a sua atenção sobretudo às questões mais amplas e precisas do funcionamento do sujeito.

A análise da anamnese permite assinalar cronologicamente a passagem das particularidades habituais às características actuais, passagem pontuada pelo traumatismo. Esquemáticamente, a sequência seria: particularidades habituais – traumatismo – características actuais. A anamnese permite ainda elucidar acerca do vívido traumático e sobre a mudança/transformação que induziu no sujeito. O interesse passa aqui sobretudo por comparar as características actuais com particularidades habituais. A avaliação dessas entidades clínicas faz-se a partir de um certo número de elementos:

- Sintomas mentais e comportamentais: sintomas neuróticos, de carácter, comportamentais, de angustia, depressões, relativos à agressividade e culpabilidade.

- Investimentos e contra-investimentos exteriores: familiares, profissionais, sociais, expressões sublimatórias.
- Investimentos e contra-investimentos internos: efeito somato-psíquico.
- Vida sexual.
- Economia mental: funcionamento mental (riqueza ou insuficiência, regularidade ou irregularidade), repressão e regressões.
- Traumatismos.

(Pongy e Babeau, 2003)

Quanto à história do sujeito (anamnese) é importante uma exploração de fenómenos traumáticos, da relação primária, vivências dos diferentes estados da evolução libidinal, assim como a evolução sensório-motora. Segundo Marty é também importante recolher informação acerca dos sintomas mentais, traços de carácter, depressões, perturbações do comportamento, investimentos e contra-investimentos, assim como as próprias patologias somáticas ao longo da história do sujeito.

A um nível mais geral, Marty (1993) sublinha a importância relativa à exploração dos diferentes estados da família antiga e actual, da escolaridade, evolução da sexualidade, da profissão e da sua história, das distrações e dos diversos interesses em qualquer época. Estas informações revelam na maior parte das vezes, segundo o autor, indícios que permitem fazer associações reveladoras, que nos informam sobre atmosferas afectivas do passado, que são mais confiáveis que as próprias memórias.

Marty (1993) apesar de demarcar a investigação psicossomática face à médica em termos da utilização de técnicas complementares de diagnóstico, não a sua utilização, nomeadamente de certos testes psicológicos. Ele sublinha que os testes podem auxiliar o investigador na apreensão das particularidades habituais principais e as características

actuais dos sujeitos, recomendando particularmente dois testes projectivos: o Rorschach e o TAT.

Segundo o autor, o exame psicológico permite precisar com perfeição em que movimento dinâmico evolutivo se encontra o sujeito no momento da avaliação, dando assim preciosas informações sobre a oportunidade ou não de uma intervenção terapêutica (ou cirúrgica, por exemplo), naquele momento da sua vida. Marty refere ainda que além dos conhecimentos em Psicossomática, é indispensável que o investigador tenha qualidades empáticas para fazer um bom trabalho e que a utilização algo avulsa de testes não basta por si só para compreendermos o sujeito.

A Investigação Psicossomática na Prática Médica (Pongy e Babeau, 2003)

O exercício da medicina generalista é à partida complexo. Integrar uma abordagem psicossomática parece à partida que pode complicar ainda mais as coisas para o clínico. No entanto se este tiver espírito de abertura e coragem de pôr em causa certos pressupostos, face aos quais se agarra e acomoda, então a perspectiva psicossomática poderá ser-lhe bastante útil e compensar as dificuldades aparentes. As capacidades do próprio médico e o seu grau de formação nesta área têm concerteza implicações na profundidade da sua abordagem.

Na investigação psicossomática propriamente dita na prática médica, podem surgir duas situações distintas no que respeita ao “tipo” de pacientes e de pedido: uma diz respeito a um paciente novo/desconhecido para o médico, que consulta por uma patologia crónica e outra possibilidade é ser um paciente já conhecido com quem já se estabeleceu uma relação. Esta situação revela-se, no entanto, segundo os autores, bem mais difícil, pois

implica inevitavelmente uma mudança de registo que se pode tornar impossível, ou então faz-se progressivamente, mas de qualquer das formas de modo incompleto.

O paciente que procura ajuda não trás apenas um motivo, existem sim vários, simultâneos, a desvendar. Ele nota que o médico se ocupa do seu sintoma, o qual se configura de certo modo como um terceiro, estabelecendo assim uma relação e uma dinâmica triangular e contratual. Doente e Médico falam da doença como algo exterior que é pensada pelos dois, tal como um arquitecto observa a planta do edificio. O sintoma deve obviamente ser tido em conta em primeiro lugar, mas não deve ser ocultado o facto de ele poder em parte cortar a palavra, reduzir o pedido e suprimir o fundamento do encontro.

O trabalho em psicossomática nesta perspectiva necessita de tempo, e tempo é algo que normalmente escasseia nas intervenções médicas quotidianas. O exercício da medicina, sobretudo quando se trata de um clínico isolado, faz-se de forma algo caótica: com transtornos incessantes, interrupções devido a apelos telefônicos de auxiliares e pacientes, urgências, visitas ou consultas inopinadas seja a que hora fôr. É assim muito difícil ao médico dispôr espaços horários para consagrar a uma escuta tranqüila do paciente. Por essas mesmas razões lhe é difícil estabelecer com os seus pacientes condições horárias e com duração razoável.

Pongy e Babeau (2003), com perspectivas próximas das teorias Marty referem que o médico não necessita de pôr em jogo a abordagem psicossomática em todas as suas intervenções, pois a maioria dos casos não necessita de tal “religiosidade”. O médico pratica os seus actos habituais mas fará uma “pausa” perante uma interacção familiar complexa, ou uma insônia, ou uma hipertensão rebelde. Uma pausa em que ele poderá ajuizar a duração da intervenção. Os trabalhos com o paciente ensinar-lhe-ão não

somente que ele não perdeu tempo, mas que ele ganhou energia, e que as intervenções posteriores poderão correr melhor, mesmo que se desenvolvam no ritmo habitual.

As adaptações da investigação psicossomática ao exercício médico baseiam-se nas seguintes premissas:

- Uma simplificação e adaptação da investigação psicossomática aos conhecimentos médios de um clínico, tendo feito uma formação inicial em psicossomática.
- Uma cronologia das seqüências de investigação, diferente daquela desenvolvida por Marty, mais simplificada: a anamnese associativa, o tipo de vivido traumático e factores associados, elementos da história do paciente e, eventualmente em último lugar, uma avaliação somática.
- Inclusão dos resultados da investigação psicossomática no dossier médico, juntamente com os dados médicos propriamente ditos.

Os autores propõem um modelo de investigação psicossomática adaptado à prática clínica generalista, que comporta aspectos como:

1. Observação médica

- Patologia actual: características clínicas, circunstâncias de aparecimento, modalidades de agravamento ou melhoria, história da doença, patologia lateral ou associada actual: somática ou psíquica;
- Antecedentes: pessoais (médicos, cirúrgicos, obstétricos, psiquiátricos) e familiares;
- Tratamentos.

2. Anamnese associativa para todas as patologias surgidas na idade adulta: referenciar

os vívidos traumáticos.

3. Semiologia psicossomática:

- Expressão verbal: nível verbal e cultural, capacidade de comunicação; expansivo, depressivo, defensivo.
- Exploração de elementos depressivos actuais ou passados;
- Referenciar as expressões comportamentais;
- Economia da excitação:
 - Estado de tensão interna. Se é perceptível (hipertonia muscular observável, manifestações vago-simpáticas), intuitivo, etc; Passa também pela procura de elementos ansiosos actuais ou passados.
 - Escoamento da excitação: avaliação gráfica da descarga da excitação (se é mais mental, somática ou comportamental).
- Exploração dos elementos repressivos actuais e passados: repressão das representações, da percepção ou expressão dos afectos e das emoções, e ainda dos comportamentos.
- Elementos relativos à mentalização: mentalizações parcelares e as ligações das representações aos afectos.
- Tónus e funcionamento instintivo-pulsional: dinâmica da agressividade, vida sexual.
- Efeitos somato-psíquicos: representações pessoais da doença e causas invocadas, lugar e vívido da doença e mudanças induzidas, benefícios secundários, vívido das terapêuticas utilizadas.
- Exploração da culpabilidade: exprime ou não

4. Vida actual:

- Quantidade e qualidade dos investimentos afectivos, relacionais e profissionais, interesses actuais ou passados, hobbies;
- Vida relacional, familiar, amigos, meio envolvente;

- Vida sexual
 - Vida profissional.
5. História:
- Exploração de antecedentes genéticos e adquiridos, mentais, comportamentais e somáticos;
 - História pessoal (infância, adolescência, etc): eventos de vida, tipo de relações, composição da família, genealogia, imagos parentais, patologias somáticas, mentais e comportamentais, dificuldades, factos marcantes, factos e condutas repetitivas.
6. Síntese:
- Principais co-factores patogênicos;
 - Mecanismos fisiopatológicos invocados;
 - Características do transfert primário e da rede interaccional;
 - Principais elementos sobre os quais podemos actuar: elementos exteriores, competências do paciente (investimentos, sectores da vida que se podem expandir, possibilidades de mudança) e mentalizações sectoriais;
 - Principais obstáculos à terapêutica
 - Eixos terapêuticos.

Eixos de investigação em Psicossomática - Susana Rotbard (2001)

Esta investigadora desenvolveu um trabalho bastante original ao nível terapêutico. Partindo sobretudo dos conceitos teóricos de Sami-Ali, desenvolveu uma terapia denominada por “terapêutica da imaginação material” (TIM), cujo objectivo essencial é a descoberta e reconstrução e/ou construção activa da identidade do sujeito, que comporta a sua unidade psicossomática (Rotbard, 2001). A autora sublinha a

importância de na abordagem à patologia psicossomática, seja ela orgânica ou funcional, a intervenção dever repousar sobre uma teoria que tenha em consideração não só o funcionamento subjectivo, mas também a situação conflitual.

Rotbard, partiu sobretudo do conceito Sami-Aliano de função de imaginário, na sua correlação positiva e negativa com a patologia somática, como eixo fundamental para o seu modelo de trabalho. Imaginário enquanto equivalente à projecção, como processo simultaneamente psicológico e biológico, com seu impacto na saúde ou doença. “A ruptura da continuidade sonho-vigília relaciona-se com o que Sami-Ali chama de recalçamento da função de imaginário” (Rotbard, 2001). Esse recalçamento manifesta-se também ao nível das limitações expressivas da actividade imaginativa.

A autora sublinha também o facto de se encontrar na patologia psicossomática uma formação caracterial que se pode ligar ao recalçamento do imaginário que se falou anteriormente, e reitera também, no que concerne ao aparecimento de doenças orgânicas, a existência de um Impasse, enquanto sinal do adoecer no interior de uma situação sem saída (actual ou passada), vivida através da angústia e da depressão. Segundo a autora, o adoecer relaciona-se com a significação que o sujeito dá a um determinado evento, adoecer esse que se inscreve sempre num contexto relacional. Relação que implica sentimentos de perda do objecto de amor, de aspectos de si ou de toda a identidade. “Assim, na clínica, podemos verificar alterações do sistema imunitário correlacionadas com modificações negativas da vida relacional dos pacientes” (Rotbard, 2001).

Quanto à vivência de uma situação sem saída (impasse), a autora reitera que a possibilidade de fazer face a essa situação dependerá dos recursos ao nível da riqueza projectiva do sujeito, ou seja, da presença ou ausência de um recalçamento da função de

imaginário. A um nível terapêutico torna-se importante ampliar os recursos do imaginário, o que implica uma mudança na abordagem terapêutica destes pacientes, no sentido de “desdobrar a projecção para que o paciente alargue a perspectiva e a abordagem da sua realidade e possa assim elaborar as situações conflituais ou de impasse” (Rotbard, 2001).

Nesta perspectiva, a autora procurou desenvolver uma abordagem terapêutica que privilegiasse as técnicas de expressão, com participação do gestual e da sensorialidade, através da realização de trabalhos feitos de materiais de diversas texturas. A Terapia do imaginário material surge neste sentido, sendo que para se realizar, a autora realça a necessidade de uma etapa diagnóstica antes de se iniciar a terapêutica propriamente dita, e é sobre essa etapa, que contempla diversos aspectos, que vamos explorar de seguida.

O Contexto relacional

Dado que os diferentes vínculos têm repercussões no funcionamento do sujeito e suas modalidades relacionais, a autora realça alguns aspectos que devem tidos em conta nesta avaliação do contexto relacional (Rotbard, 2001):

- A atitude dos membros da família, dos amigos e das pessoas significativas em relação à aceitação ou rejeição das diferenças subjectivas;
- O funcionamento familiar: alianças, rivalidades, dependências, autenticidade ou não dos vínculos; Estes dados permitem averiguar as possibilidades do grupo aceitar uma autonomia do paciente, assim como da inclusão da família para garantir a evolução do tratamento;
- O lugar do paciente no imaginário parental;
- O ritmo das actividades actuais; predominância do prazer e da satisfação ou das exigências e obrigações. Esta exploração procura averiguar o grau de recalcamento

afectivo do sujeito e sua adaptação ao meio;

- A sexualidade enquanto manifestação do recalçamento afectivo e expressão dos conflitos que surgem nas vicissitudes da evolução libidinal.

As Patologias:

Susana Rotbard realça a importância de explorar as doenças hereditárias e congénitas no sentido de avaliar o risco de adoecer. Informando-se não só acerca das manifestações da doença actual mas também das anteriores, enquanto sinais do funcionamento global do sujeito. E por outro lado, explorando a componente relacional poderão estabelecer-se relações entre as doenças e certas situações conflituais ou de impasse, ligadas ao desenvolvimento das doenças.

As vicissitudes da evolução da identidade (psicossomática)

A autora realça o papel da anamnese na exploração da história do sujeito, mas também no levantamento das emoções recalçadas e a restabelecer desde o começo, dos elos significativos entre diferentes situações de vida e o investimento afectivo (presente ou ausente). Trata-se de explorar a trama relacional significativa presente nas diferentes situações vividas. Neste sentido, o funcionamento orgânico é visto como uma vicissitude de um funcionamento mais vasto da personalidade, que tem a sua origem em diferentes modalidades de transmissão e acção familiares. Rotbar (2001) assinala algumas questões que importa explorar neste contexto anamnésico:

- As vicissitudes do nascimento: respiração, reflexos, qualidade dos cuidados obstétricos. O sujeito nasce num leito relacional no qual se vai inserir e adquirir a sua identidade. Temos por um lado o património biológico e por outro o enquadramento

familiar, o que assegura um carácter imprevisível ao processo de maturação psicossomática.

- A história transgeracional: passa por uma abordagem a certos eventos acidentais da vida do sujeito e da sua família no seu valor traumático, os quais se podem ampliar conforme sejam ou não incluídos no discurso familiar. Segundo a autora, a omissão de um determinado acontecimento de vida no discurso familiar implica o desejo inconsciente que tal evento nunca tenha tido lugar, indo assim no sentido do recalçamento afectivo ligado a tal facto. Tal supressão factual do recito familiar, implica que a representação de si (em particular a corporal) ligada à trama relacional, sofra também um “apagamento” ou supressão.

- O funcionamento e a maturação. A autora sublinha a importância da exploração dos hábitos alimentares, dos ritmos de sono/vigília, hábitos sociais e profissionais do paciente e da sua família. Isto é, procura-se averiguar aspectos da dialéctica funcional dos ritmos biológicos e sociais, o curso da maturação somática e do meio, que nos dá conta da evolução da subjectividade enquanto unidade psicossomática. Importa ainda averiguar aspectos como:
 - A aparição de estrabismo na primeira infância (pode dar conta de um elo fusional mãe-bebé);
 - Problemas de aprendizagem na escola;
 - A lateralidade (permite descobrir a presença eventual de um funcionamento adaptativo, regido pelo exterior);
 - A maturação sexual e a resposta familiar (dão uma visão mais clara da problemática edipiana e do destino dos afectos do sujeito).

- A função do imaginário. Segundo Rotbard (2001), o funcionamento do sujeito face ao imaginário permite averiguar os meios que ele dispõe para lidar com situações de impasse. Permite ainda avaliar se existe concordância entre o tipo de vida que o sujeito leva e os seus desejos, já que o sonho e seus equivalentes (em particular, os afectos) mostram a preponderância da subjectividade no agir e no pensamento constituído. Importa então descobrir o grau de recalçamento do sonho e seus equivalentes:
 - Quanto aos sonhos, importa saber que tipo de sonhos recorda? se não há lembrança, desde quando? Se recorda sonhos da infância? Se faz “sonhos-programa”? e devemos ainda estar atentos à presença ou não de emoções durante as entrevistas, em particular a angustia.
 - O aparecimento de angústia pode ser um sinal de insucesso do recalçamento que coincide com a emergência do imaginário, e logo, um indicador da possibilidade de se trabalhar o conteúdo recalcado paralelamente à análise fenomenológica da produção e da compreensão do funcionamento subjectivo.

A situação conflitual actual ou de impasse

Este eixo de investigação trata de procurar a significação profunda destas situações conflituais, as características da trama relacional em que o sujeito se encontra e a vivência da perda, assim como o problema de identidade que se actualiza nas situações de perda. É importante neste contexto, segundo Rotbard(2001), o investigador estar atento à relação que se estabelece nas primeiras entrevistas, pois esta informação é fundamental para a exploração da posição subjectiva do sujeito, o seu funcionamento relacional. É importante assim dar conta:

- das reacções transferenciais;

- aparição eventual de emoções no clínico; em que momentos da consulta, e sua comparação com as emoções correlacionadas do paciente (presentes ou não);
- As mudanças no elo relacional com o clínico no decurso das entrevistas.

Estes dados dão-nos conta das possibilidades de mudança do sujeito e permitem também avaliar o tipo de elo relacional que se estabelece no sentido da possibilidade de superar as situações conflituais e impasses relacionais.

Esta investigação diagnóstica permite acima de tudo situar o sujeito nas suas diferentes facetas e perspectivar uma intervenção terapêutica, que no caso da autora, passa por técnicas de índole expressiva, as quais, apesar de indiscutível interesse, não serão abordadas no presente trabalho por fugirem ao tema central de investigação.

OS TESTES EM PSICOSSOMÁTICA

No capítulo anterior apresentámos diversos modelos de investigação em Psicossomática, no entanto, a ênfase recaiu sobretudo na exploração dos dados de tipo anamnésico e de observação do sujeito. Mas como vimos no capítulo 7, muitas vezes é necessário o recurso a outras técnicas – testes – no decurso de uma investigação rigorosa do sujeito.

Os testes correspondem sempre, na área da saúde, a técnicas complementares de diagnóstico, instrumentos que possibilitam avaliar o sujeito em diferentes aspectos do seu funcionamento biológico, mental ou instrumental, comparativamente com populações normativas. Estas metodologias não são exclusivas das ciências biológicas/médicas nem das Ciências sociais e humanas, podendo ser encontradas em muitas outras disciplinas de carácter científico, pois obedecem à lógica da investigação experimental. Neste sentido, e dado que cada vez mais proliferam modelos, literatura e experiências clínico-institucionais no âmbito da Psicossomática, esta disciplina resgata para si as potencialidades esclarecedoras deste instrumento de auxílio ao diagnóstico - os testes.

Segundo Attale e Consoli (2003), a aplicação ao campo da psicossomática de regras de investigação epidemiológica e das ciências experimentais implica a utilização de instrumentos já existentes em Psicopatologia e o desenvolvimento de instrumentos adaptados às particularidades do campo em causa. E tal foi o que sucedeu desde os primeiros passos desta disciplina, sobretudo a partir da década de 40 e 50. Segundo o modelo transaccional de Bruchon-Sweitzer (2002), podemos classificar os testes tendo por referência três tipos de variáveis, que podem dar lugar à medição e quantificação: os

antecedentes (características contextuais e individuais), os mediadores (avaliação da situação stressante e dos recursos disponíveis pelo sujeito) e os critérios (possibilidades somáticas e emocionais).

Apesar deste autor estar sobretudo ligado à Psicologia da Saúde, resolvemos explorar os diversos instrumentos nesta lógica categorial, com as devidas alterações que marcam a especificidade do campo da Psicossomática. Neste sentido só nos interessaram as duas primeiras variáveis: antecedentes e processos mediadores.

Os Antecedentes

Por antecedentes, Bruchon-Sweitzer (2002) refere-se às características individuais ou disposicionais associadas a personalidades mais ou menos vulneráveis ou resilientes (características da personalidade, estilos de vida, etc), assim como as características contextuais, ambientais e sociodemográficas que podem fragilizar ou proteger os indivíduos (eventos de vida, rede social, características socio-económicas).

Características contextuais

Eventos de vida

Surgiram ao longo do tempo diversos métodos para avaliar objectivamente os factores de stress, os quais poderiam ser classificados, segundo Attale e Consoli (2003), em quatro categorias: eventos de vida maiores, as agressões menores ao quotidiano, as tensões crónicas ligadas ao papel social e os stressores ambientais específicos. Apresentamos aqui apenas os instrumentos que dizem respeito à (auto)avaliação de eventos de vida maiores:

- Escala de eventos recentes (“schedule of recent experience” - SRE) de Holmes e Rahe. Esta escala compreende uma lista de 43 eventos de vida que exigem um esforço mais ou menos intenso de adaptação.
- Escala de avaliação do reajustamento social (“social readjustment rating scale” – SRRS), revista pelos mesmos autores. É pedido aos sujeitos para avaliarem o reajustamento pessoal exigido se determinados eventos de vida acontecessem consigo.
- Inventário de experiências de vida (“life experiences survey” – LES) de Sarason e seus colegas. Este inventário comporta 57 itens e permite ao sujeito avaliar a desejabilidade/ não-desejabilidade de uma série de eventos e a gravidade do impacto no momento em que acontecessem esses eventos.
- A escala “psychiatry epidemiology research inventory – life events scale” (PERI-LES) de Dohrenwend e seus colegas. Possui 102 itens que descrevem eventos implicando uma escolha em termos de ganho, perda ou incerteza.

Características individuais

Tem sido acerca destas características individuais que a maior parte dos teóricos em Psicossomática se tem debruçado, procurando tipos de personalidade, conflitos específicos e traços psicopatológicos (depressão, ansiedade) correspondentes ao tipo de sujeito em causa. Neste sentido criaram-se vários testes e adaptaram-se outros à especificidade dos problemas teóricos que foram sendo formulados ao longo do tempo.

Tipos de personalidade de risco

A teoria dos tipos de personalidade associados à Psicossomática tem tido muitos adeptos ao longo do tempo, particularmente nas hostes médicas ligadas à Psiquiatria de ligação. As doenças coronárias (enfarte do miocárdio, angina de peito, morte súbita) apareceram aos poucos cada vez mais associadas à personalidade Tipo A (como vimos

no capítulo dedicado aos modelos teóricos), descrita por Friedman. Caracteriza-se pelos seguintes traços: impaciência, hostilidade, competitividade, vigor gestual, rápido débito oral e tendência a percepcionar os acontecimentos como desafios. Vários instrumentos foram propostos para avaliar este tipo A, sendo que, segundo Attale e Consoli (2003), a melhor é a entrevista estruturada de Rosenman e Friedman:

- “Structured interview” (SI). Tem características fiáveis e uma boa validade preditiva do risco coronário.

No entanto, diversos estudos epidemiológicos neste domínio puseram progressivamente em causa este perfil de personalidade de tipo A, mas as dimensões relativas à hostilidade e à raiva continuam muito pertinentes, segundo Attale e Consoli (2003), enquanto factor de risco de doença coronária. Neste sentido podemos destacar outro instrumento pertinente neste campo:

- Entrevista estruturada de Barefoot (1992), com o objectivo de evidenciar o perfil comportamental de Tipo A, com possibilidade de calcular um índice de hostilidade.

Por outro lado, outros autores debruçaram-se sobre o perfil de personalidade Tipo C, que correspondia ao oposto do anterior: indivíduos pacientes, reflexivos, submissos, conciliadores, que evitam activamente os conflitos e reprimem toda a manifestação de agressividade. Segundo Attale e Consoli (2003), este perfil adquiriu um valor preditivo de doenças proliferativas e do foro imunitário, mas sobre o qual não existe actualmente muitos trabalhos

Traços Patológicos

Alexitimia

A Alexitimia tem sido objecto de inúmeros trabalhos nesta área desde a altura em que foi “concebida” por Sifneus, tendo conseqüentemente sido operacionalizada no sentido da sua avaliação. Ela é desde há muito tida como factor etiológico de patologias psicossomáticas segundo diversos autores. Existem vários testes para medir esta incapacidade de exprimir verbalmente as emoções e sentimentos:

- “Beth Israel Questionnaire(BIQ). Foi o primeiro instrumento a ser desenvolvido, tendo sido criado por Sifneus. É um questionário com 17 itens a preencher pelo próprio clínico (Taylor, 1989)
- “Schaling-Sifneus Personality Scale” (SSPS), de 1979. Esta escala de auto-preenchimento de 20 itens foi também desenvolvida por Sifneus numa tentativa de ultrapassar os problemas interaccionais associados à BIQ.
- MMPI-Alexithymia Scale, de 1980. Foi desenvolvida por Kleiger e Kinsman (1980). É uma escala de 20 itens concebida a partir de informações recolhidas de pacientes, cuja validade tem levantado dúvidas ao longo dos tempos.

Segundo Zeck et al (1999) existem dois instrumentos que se realçam na mensuração da alexitimia devido às suas qualidades de construção psicométrica:

- “Bermond-Vorst Alexithymia questionnaire(BVAQ), de 1998. É um questionário composto por 40 itens que permite aceder a cinco elementos da alexitimia: verbalização de emoções e sentimentos, capacidades imaginativas e elementos ligados à identificação e análise dos próprios sentimentos.
- “Toronto Alexithymia scale” (TAS), de 1985. Foi desenvolvida por Taylor e colegas, existindo actualmente várias versões, sendo a mais conhecida a versão de 20 itens (TAS-20) (Bagby, Parker e Taylor, 1994). É um instrumento de auto-preenchimento

que permite aceder a cinco traços da alexitimia (Zeck et al,1999): a) dificuldade em descrever os sentimentos, b) dificuldade em distinguir sentimentos de sensações corporais, c) pouca introspecção, d) conformismo social, e) pobreza de vida onírica.

E existem ainda os testes projectivos, os quais têm sido também utilizadas para aceder aos traços alexitímicos dos pacientes. São apontadas criticas pois carecem sobretudo de confirmação psicométrica. No entanto têm a vantagem, devido ao seu carácter projectivo, de fornecer informações mais ricas acerca da subjectividade do sujeito. Vamos referir três deles:

- TAT – Esta prova projectiva temática permite averiguar e quantificar a formação de fantasia e a expressão verbal de sentimentos (Taylor, 1989). Estudos mostram que os pacientes Psicossomáticos utilizam menos palavras ligadas a afectos que pacientes psiconeuróticos.
- Rorschach - Segundo Porcelli e Meyer (2002), este teste tem sido prioritariamente usado nas investigações acerca da Alexitimia. Estudos envolvendo pacientes com várias patologias orgânicas mostraram certas características alexitímicas comuns. Porcelli e Meyer (2002) seleccionaram seis variáveis do Sistema Compreensivo do Rorschach (de Exner) para avaliar a alexitimia: fantasia, afecto, recursos adaptativos, cognição, adaptação social e projecção. Comparativamente com outros grupos, os alexitímicos evidenciaram uma tendência para mostrar uma mundo onírico empobrecido, fraca expressão emocional adaptada, fracos recursos defensivos (coping), pensamento concreto e estereotipado e conformismo social com as relações inter-pessoais comprometidas.
- SAT9 – É um teste grafo-perceptivo, introduzido por Demers-Desrosiers em 1982, com um sistema de cotação quantitativo, que permite medir de forma directa a função simbólica, que é o que está em causa na alexitimia (Taylor, 1989). É pedido ao

paciente que execute um desenho que englobe nove símbolos pré-definidos. Segue-se um questionário e por fim que escreva uma pequena história a explicar o desenho. Os nove símbolos (uma cascata, uma espada, um refugio, um monstro devorador, algo cíclico, uma personagem, água, um animal e fogo) são escolhidos para gerar angústia e para sugerir modos (ferramentas) de a resolver.

Depressão

A literatura mostra uma grande correlação entre depressão e patologia psicossomática, ainda que essa depressão, como vimos noutros capítulos, seja definida com contornos particulares: depressão essencial, depressão à priori, depressão falhada, depressividade. No entanto, não havendo descrição de instrumentos adaptados para estes sub-tipos de depressão psicossomática, os principais estudos epistemológicos, sobretudo aqueles ligados à vertente mais psiquiátrica utilizam predominantemente, de entre a larga “oferta”, os seguintes instrumentos (Attale e Consoli, 2003):

- “Beck depression Inventory” (BDI). É uma escala de auto-preenchimento com 21 itens que avalia sintomas e atitudes características da depressão. É a escala de depressão mais utilizada.
- “Hospital anxiety and depression scale” (HAD). Esta escala mostra bons resultados na avaliação de severidade de perturbações depressivas e ansiosas em casos somáticos, psiquiátricos, em cuidados primários e e na população geral (Snaith, 2003)
- “Center for epidemiologic studies depression scale” (CES-D). É uma escala de autopreenchimento com 20 itens criada para detectar sintomatologia depressiva

“Amplificação dos sintomas”

Segundo Attale e Consoli (2003), certos autores tentaram individualizar uma distorção perceptivo-cognitiva que se caracteriza por uma amplificação das sensações corporais.

- “Somatic sensations amplification scale” (SSAS) – é útil para a compreensão das perturbações somtoformes (somatização e hipocondria) ou de perturbações psicofisiológicas menores (intestino irritável, etc).

Perturbações da organização espacio-temporal

Como vimos anteriormente, alguns autores sublinham a importância de variáveis espacio-temporais como eixo fundamental de suas teorias, nomeadamente no que diz respeito na sua ligação ao corpo. Segundo Sami-Ali (1992), o corpo possui um poder original de projecção, fornecendo um esquema de representação mental da realidade ao construir no imaginário um “espaço” e um “tempo” e um “objecto”. Martins (1998) afirma mesmo que “o espaço e o tempo são pois noções fundamentais para a avaliação em Psicossomática; enquanto funções psicossomáticas por excelência que se criam a partir da relação com o outro e que na relação são moduladas”. Ainda segundo esta autora, pretende-se assim avaliar em que medida o corpo tem a possibilidade de funcionar como esquema de representação e de se constituir como mediador entre a actividade perceptiva e o mundo imaginário.

- Figura Complexa de Rey (FCR) – É uma prova grafo-perceptiva com largo historial na Psicologia experimental (desde 1942, criada por André Rey), que apesar de ter sido criada para averiguar déficits de memória em pessoas com traumatismos craneanos, hoje em dia tem tido uma atenção redobrada, devido à constatação da possibilidade do material clínico, recolhido em dois momentos de aplicação (cópia e memória), poder fornecer interpretações mais ricas e diversas do que aquelas para o qual foi inicialmente criada.

Assim, esta prova pode fornecer dados importantes acerca da organização espacial do

sujeito, imagem do corpo, lateralidade, habilidades grafo-perceptivas e outros dados, que permitem aceder a aspectos instrumentais do sujeito. Testes como a figura de Rey são importantes para o campo da Psicossomática na medida em que “dão uma indicação sobre a representação do corpo no espaço” (Contant e Calza, 1989).

Outros autores também se referem a este teste, nomeadamente Marty (1993) quando diz que “o teste da figura de Rey, por exemplo, utilizado de uma maneira original, isto é, em função da capacidade testemunhada pelo individuo de conseguir conservar em si o traço de um objecto desaparecido, fornece preciosas indicações sobre as qualidades de conteúdo e de retenção do seu sistema pré-consciente”. No mesmo sentido Pheulpin (2002) refere que “na figura de Rey, o desenho copiado poderá testemunhar a atenção dada à realidade exterior, função desempenhada pelo sistema Percepção-Consciente. Quanto ao da memória, estudado nas suas relações com a cópia, poderá reflectir a qualidade do Pré-consciente”, na sua função de retenção, de ligação e organização.

Outros testes instrumentais:

- Teste de estruturação temporal de Mira Stambak – permite aceder ao ritmo espontâneo do sujeito e sua qualidade, assim como à reprodução de estruturas rítmicas. Possui uma certa sensibilidade diagnóstica na diferenciação entre déficits cognitivos e problemas instrumentais, em particular, a dislexia.
- Prova de lateralidade de Piaget-Head – Teste que permite aceder à lateralidade do sujeito: sobre si, sobre o outro e face a três objectos. Tem tido interesse na área da Psicossomática sobretudo devido à importância que algumas correntes teóricas depositam na construção da identidade própria do sujeito. Permite assim averiguar até que ponto o sujeito adquire uma lateralidade própria e reconhece a lateralidade alheia como diferente, sem ser numa lógica em espelho.

Processos Mediadores

Os processos mediadores referem-se ao conjunto das transacções desencadeadas pelo indivíduo face a contextos específicos e às tentativas de se ajustar às perturbações do seu meio ambiente. Eles desenvolvem-se, segundo Attale e Consoli (2003), em duas fases: fase de avaliação da situação e dos recursos disponíveis, e de seguida, a fase de elaboração de estratégias de ajustamento (coping).

Avaliação da situação e recursos disponíveis

- “perceived stress scale” (PSS). Permite avaliar quais as situações de vida que geralmente percebidas como ameaçadoras, não previsíveis, incontroláveis e penosas, e sua importância para o sujeito.
- “Social Support Questionnaire (SSQ). Existem várias versões deste instrumento, o qual se baseia em dois aspectos da rede/suporte social percebida: a disponibilidade e a satisfação. Para cada item o sujeito faz uma lista das pessoas com que pode contar em determinadas situações e exprime o seu grau de satisfação em relação ao suporte disponível.
- “Explanatory model interview catalogue” (EMIC). Explora o modo como a experiência de doença ou um problema de saúde é vivido, comunicado, os processos de procura de causas e sentidos, assim como o comportamento na procura de cuidados.

Estratégias de ajustamento (coping) e estilos de vinculação

- “Coping with health injuries and problems scale” (CHIPS). Avalia o ajustamento face

aos problemas de saúde.

- COPE. É uma escala geral de auto-avaliação que permite averiguar 13 estratégias de coping.
- “L’adult attachment interview” (AAI). É considerado o instrumento de referência para avaliar a vinculação no adulto. Consiste numa entrevista semi-estruturada com a duração de cerca de uma hora, com qualidades psicométricas satisfatórias, segundo Attale e Consoli (2003).

O Rorschach em Psicossomática

O teste projectivo de Rorschach tem sido ao longo dos tempos objecto de muitas investigações, sendo considerado “o mais poderoso instrumento usado em Psicologia Clínica” (Marques, 1999). Surgiu no entanto, segundo Mendes Pedro et al (2001), a necessidade de uma nova metodologia de análise do Rorschach para responder ao facto de cada vez mais sermos confrontados com protocolos recolhidos com sujeitos que não apresentam traços psicopatológicos clássicos das neuroses, psicoses ou estados-limite.

Tem-se constatado na clínica psicossomática a presença, sobretudo de protocolos bastante curtos e extremamente pobres do ponto de vista projectivo, o que torna impossível a sua interpretação segundo o modelo clássico psicanalítico. Esta lacuna abre caminho para se pensar este instrumento noutras perspectivas que tenham em conta os conceitos explorados por determinados modelos psicossomáticos. Tal é o ponto de partida de Mendes Pedro et al (2001), que extrai sobretudo, mas não só, da teoria de Sami-Ali os conceitos principais para abordar o Rorschach de forma original.

Esta nova metodologia de análise do Rorschach sublinha, em primeiro lugar, a

importância dos “conteúdos”, enquanto resposta primordial à pergunta: “o que é que você vê?”. “Classicamente, os conteúdos dar-nos-ão “uma imagem psíquica” do sujeito; na perspectiva psicossomática eles sugerem igualmente uma leitura corporal” (Mendes Pedro et al, 2001). Esta perspectiva parte do pressuposto que o corpo tem um poder original de projecção definido enquanto objectivização para o exterior do Eu, criando um espaço, um tempo e os objectos. Logo, os objectos são concebidos por uma projecção que os transforma em imagens corporais.

Nesta lógica, as respostas ao Rorschach podem ser vistas enquanto representações do corpo, e são decifradas através de uma leitura do espaço de percepção que corresponde à prancha. “A análise da organização do espaço e do tempo vai então permitir decifrar o corpo tal como ele é vivido, como funcionando enquanto esquema de representação” (Mendes Pedro et al, 2001). Nas patologias orgânica há uma predominância de protocolos “banais” do ponto de vista dos conteúdos, em que as “imagens” definem e desenham o corpo real. No entanto este alisamento do imaginário é por vezes rompido por respostas de carácter mais brutal (respostas de dissecação, anatomias, deformações corporais, etc), em que surge um corpo, enquanto objecto da medicina. Trata-se, segundo Mendes Pedro et al (2001), não de emergência do processo primário, mas do sofrimento como o sujeito vive o seu corpo.

No entanto, os autores realçam que por vezes surgem respostas mais criativas (subjectivas) no meio de um protocolo “adaptativo”, assim como respostas de carácter mais vago a nível perceptivo (F-). Nestes casos recomenda-se particular atenção, pois corresponde a uma falha da muralha defensiva (adaptativa) e à emergência do imaginário/subjectividade, o que “permite por uma lado dizer que ele não funciona com um cenário mental reduzido, e por outro, com a perspectiva de vir a aflorar o que causa problema, permite uma abertura terapêutica” (Mendes Pedro et al, 2001).

Quanto à temporalidade no Rorschach, esta não é um factor ligado somente ao individuo em si, pois ela exprime-se numa relação a dois. Assim, “cada protocolo de Rorschach apreende essa rítmica relacional através das diferentes formas que correspondem a diferentes funcionamentos em interacção com diferentes situações de vida” (Mendes Pedro et al, 2001). Temos assim três formas maiores de temporalidade à prova no Rorschach: a temporalidade imaginária e corporal, a temporalidade imóvel e a temporalidade dos ritmos em ruptura com o corpo próprio.

A temporalidade subjectiva constata-se através das sequências de eventos circulares, simultâneos, lineares, assim como, dos espaços com características fluidas, que permitem uma distância temporal regida pelo afecto e pelo desejo. Esta temporalidade surge sobretudo no presente, ao qual o sujeito adere sem distância, com respostas sem tempo de latência e carregadas de elementos cinestésicos.

A temporalidade imóvel, corresponde ao tempo da consciência vigil e do conflito imutável. Segundo Mendes Pedro et al (2001), este tempo corresponde a um ideal de objectividade e reconhece-se “pelas percepções repetitivas que não se abrem à vibração sensível da cor, nem ao outro diferente de si”. Surge assim um apagamento das representações cinestésicas e uma reiterada tendência para repetir o mesmo, face a estímulos diferentes. Ritmicidade própria dos conflitos sem saída (impasse), característica da depressão psicossomática. Quanto à terceira modalidade temporal, esta manifesta-se “segundo a polaridade actividade-passividade, mas em ruptura com o corpo próprio e em continuidade com o meio ambiente, que toma agora o lugar do relacional e constitui a pessoa como uma subjectividade sem sujeito” (Mendes Pedro et al, 2001).

Outro dos pontos a ter em conta numa abordagem psicossomática do Rorschach é a questão do espaço. Segundo Mendes Pedro et al (2001), a prancha de rorschach corresponde a um espaço que o sujeito deve organizar, e é o seu corpo próprio que sustém a organização espacial: dentro-fora, alto-baixo, esquerda-direita, horizontal-vertical. Estes parâmetros surgem então claramente definidos, ou pelo contrário, instáveis, desorganizados, indiferenciados, segundo a vivência corporal do sujeito testado.

Para concluir este capítulo, gostaríamos ainda de sublinhar que nenhum teste tem o “poder” per si de fornecer um diagnóstico do sujeito. Os testes, como vimos noutros capítulos, são apenas uma técnica complementar de diagnóstico e nunca substituem a entrevista clínica nem a observação directa do sujeito. No entanto há que reconhecer as suas potencialidades no sentido de esclarecer o investigador acerca das hipóteses diagnósticas colocadas sobre o sujeito. De seguida vamos debruçarmo-nos sobre um modelo de investigação em Psicossomática que parte dos pressupostos até aqui explorados e constitui no fundo, o culminar deste trabalho de reflexão.

APRESENTAÇÃO DE UM MODELO DE INVESTIGAÇÃO/DIAGNÓSTICO EM PSICOSSOMÁTICA

Após percorrermos, ainda que de forma simplificada, as várias teorias em Psicossomática (e seus principais conceitos), as questões biológicas mais significativas nas relações mente-corpo, os vários modelos de exame clínico (aqueles que mais dizem respeito a este campo), assim como os principais instrumentos complementares de diagnóstico, chegamos finalmente ao ponto do trabalho em que propomos um esboço de modelo de investigação em Psicossomática, tendo em conta as questões levantadas anteriormente e a sensibilidade dos autores do trabalho.

Como já foi referido atrás, qualquer modelo de investigação/avaliação clínica visa a obtenção de um diagnóstico e de informações prognósticas que permitam adequar um procedimento terapêutico ao sujeito. Neste sentido, podemos vislumbrar esta investigação como um processo faseado, que se inicia com a apresentação da problemática manifesta (motivo) pelo sujeito e que termina com o estabelecimento do diagnóstico, prognóstico e indicação terapêutica.

Um processo faseado implica por um lado, uma divisão por etapas ou fases, e por outro, um encadeamento lógico entre essas fases. Como pudémos constatar atrás existe uma certa homogeneidade no modo como se desenvolve uma investigação clínica, quer no campo da Psicologia Clínica, quer da Medicina:

- 1 – Apresentação do sujeito e do(s) motivo(s);
- 2 – Entrevista Clínica (exploração das questões referentes ao funcionamento do sujeito e situações de vida) e Observação directa;

- 3 – Elaboração de hipóteses diagnósticas;
- 4 – Utilização (ou não) de técnicas complementares de diagnóstico;
- 5 – Análise do conjunto material clínico (dados da entrevista, observações e testes)
- 6 – Formulação de um diagnóstico, prognóstico e indicação terapêutica;

Parece-nos ser esta a fórmula mais adequada, tendo em conta a informação disponível que consultámos. No entanto, cada uma destas etapas possui características particulares que iremos explorar mais à frente neste capítulo. Antes, é preciso sublinhar a pedra angular de qualquer investigação nesta área – a Relação.

A Relação

Este aspecto reveste-se de importância fundamental, pois tudo o que se passa ao longo do processo de investigação diagnóstica tem um carácter relacional e todas as informações que recolhermos, seja através da entrevista clínica ou do material clínico fornecido por testes, deve ser analisada também enquanto produto da relação (investigador-paciente).

Houve vários autores que sublinharam esta questão ao longo dos tempos, mas gostaríamos de destacar em particular Sami-Ali, que denominou a sua teoria exactamente como “Teoria relacional”. Segundo este autor, a sua teoria “afirma por um lado o primado absoluto da relação, que não deverá ser confundida com relação de objecto, e por outro, que o psíquico é relacional, tal como o somático” (Sami-Ali, 2001). Sami-Ali afirma que tudo é relacional e que desde o momento em que somos concebidos até à nossa morte, estamos em pleno processo relacional.

Ao nível do assunto que nos prende presentemente, importa referir que a relação na

consulta de investigação-diagnóstico deve ser vista num sentido amplo, envolvendo não só aspectos psíquicos, mas também aspectos biológicos e corporais, como pudémos constatar nos capítulos anteriores. Nunca nos podemos abstrair que além das “duas mentes pensantes” que interagem na consulta, estão presentes os “dois corpos”, ou melhor, estão em relação duas identidades psicossomáticas complexas que despoletam sentimentos/pensamentos um no outro.

Neste sentido é essencial, como sublinha Marty (1993), que o clínico tenha boas qualidades empáticas, além dos conhecimentos teóricos de base em Psicossomática. Entenda-se aqui empatia como identificação empática ao outro. Lebovici exprime isso mesmo, dizendo acerca da empatia, que o clínico “mais que compreender a situação, ele vive-a” (Lebovici, 1998) A experiência quotidiana mostra, segundo Lebovici, que a compreensão puramente intelectual dos mecanismos de funcionamento mental não tem geralmente qualquer efeito terapêutico. Daí ele opor a empatia à “compreensão racional” do material clínico.

Este carácter eminentemente corporal da empatia (ressonância afectiva) adquire aqui grande importância, pois é do corpo que estes pacientes sobretudo se queixam. A um nível mais prático e como método de desenvolver e “exercitar” estes aspectos, Susana Rotbard (2001) alerta para atenção que se deve dar às emoções desencadeadas no clínico no contexto relacional, o momentos da consulta em que ocorrem, e a sua comparação com as emoções correlacionadas do paciente (presentes ou não).

O Pedido

Segundo Sanglade-Andronikof e Verdier-Gibello (1983), o pedido encontra-se quase sempre ligado a algum aspecto da vida do sujeito que causa sofrimento ao próprio ou

nas suas relações próximas. No caso da clínica psicossomática, este pedido está quase invariavelmente associado a uma doença orgânica, que na maior parte das vezes assume um carácter crónico e/ou degenerativo. Tal como no caso das patologias mentais, a patologia orgânica assume também muitas vezes aspectos comunicativos, sobretudo se ela apresentar características (sintomas) perceptíveis para o Outro, como é o caso das doenças do foro dermatológico e aquelas que se manifestam por crises exuberantes.

É assim importante que o Clínico esteja atento aos seus próprios sentimentos (repúdio, nojo, pena, etc), e caso existam, não os exiba comportamentalmente, pois terá concerteza um impacto muito negativo aos olhos do paciente, que poderá assim perder a sua confiança no clínico, condição indispensável para o sucesso da investigação clínica. Tanto mais se tivermos em conta que muitos destes pacientes, sobretudo em contexto hospitalar, não entendem bem a pertinência de estarem em consulta com um técnico da área da saúde mental, o que só por si aumenta os sentimentos de desconfiança à partida, assim como a sua “sensibilidade narcísica”.

No entanto constata-se, e a nossa experiência tem-no comprovado, que os doentes associam na maior parte das vezes as suas doenças a questões ligadas “aos nervos”, o que possibilita uma exploração mais alargada e detalhada do funcionamento do sujeito e das suas experiências de vida, sem o risco da nossa intervenção ser entendida como invasiva ou despropositada aos olhos do paciente na condução da entrevista clínica.

A Entrevista Clínica

A entrevista clínica em Psicossomática é o instrumento de investigação mais útil e esclarecedor no processo de avaliação de um sujeito. Deve pautar-se por um carácter semi-directivo ou semi-estruturado. Ao contrário da entrevista directiva médica e do

método de associação livre (não directivo) psicanalítico, a entrevista clínica em Psicossomática deve ser eminentemente fluida, mas simultaneamente estabelecer metodicamente vários “pontos de atracagem” em questões, cuja relevância se liga aos conceitos e modelos teóricos que o clínico considere mais correctos para a compreensão do sujeito.

Outro ponto que merece ser sublinhado é que as questões, ou variáveis, que nos propomos investigar não são unicamente do foro mental (psicológicas), nem do foro exclusivamente médico (biológicas). Trata-se de um conjunto de variáveis (questões) mentais e biológicas, assim como comportamentais (Pongy e Babeau, 2003), que dão conta do funcionamento psicossomático do sujeito, numa abordagem que se quer complexa, “à altura do Ser Humano”. São então essas questões que vão sendo exploradas na entrevista, sem ser por uma ordem definida (sequencial), mas sim quando o clínico ache oportuno, no ritmo estabelecido pelo próprio paciente (Marty, 1993).

Ao contrário da entrevista médica de investigação em Psicossomática (Pongy e Babeau, 2003), que inevitavelmente, devido às circunstâncias do seu contexto institucional (hospitalar), tem que explorar o sintoma orgânico em primeiro lugar, propomos aqui uma maior abertura à partida a este nível, possibilitando ao paciente hierarquizar a apresentação dos seus sintomas como entender, sejam eles somáticos, psíquicos ou comportamentais, sem que o clínico imponha à partida a sua ordem de apresentação sintomática (carácter fluido).

Gibello (1998) apresenta uma “fórmula” a este propósito, realçando a importância de conservarmos no espírito os diferentes sectores a explorar, embora advirta que tal exploração não deve ser conduzida de modo rígido (tipo interrogatório), pois rapidamente se tornaria insuportável, mas sim através do diálogo com o sujeito,

deixando-o desenvolver as suas associações de idéias, convidando-o a explicar os seus pensamentos, os seus juízos e o contexto em que os situa.

Vamos de seguida apresentar os principais sectores (variáveis) a explorar na entrevista clínica, sobretudo aqueles que, segundo os diversos autores que estudámos, nos possibilitam uma compreensão mais profunda do funcionamento psicossomático do sujeito. Esta compreensão baseia-se sobretudo em duas premissas fundamentais: a definição do funcionamento do sujeito (suas características, modalidades, etc) e a existência (ou não) de situações de vida marcantes (conflituais, de impasse).

É através da articulação destes dois eixos que podemos aceder ao diagnóstico em Psicossomática. Quanto à primeira premissa, há que realçar que a maior parte dos modelos teóricos em Psicossomática (Marty, Sifneus, Coimbra de Matos, Sami-Ali, entre outros) assinalam como características fundamentais do funcionamento psicossomático:

- A aridez onírica (“recalcamento do imaginário” de Sami-Ali, “pensamento operatório” de Marty, “alexítimia” de Sifneus ou o “sonho falhado” de Coimbra de Matos);
- O afecto depressivo (“depressão a priori” de Sami-Ali, “depressão essencial” de Marty ou “depressão falhada” de Coimbra de Matos”);
- O conformismo (“patologia de adaptação” de Sami-Ali);
- A dificuldade na expressão dos afectos (“Alexítimia” de Sifneus, “depressão falhada” de Coimbra de Matos, “recalcamento da função de imaginário” de Sami-Ali).
- Particularidades na organização espácio-temporal (“ projecção corporal” de Sami-Ali)

Na nossa opinião o conceito de função de imaginário de Sami-Ali tem um carácter suficientemente abrangente e conciliador para a avaliação do funcionamento do sujeito,

pois ele entende “por funcionamento, a relação do sujeito à vida onírica” (Sami-Ali, 2001). O carácter abrangente deste conceito liga-se ao facto deste autor assimilar à função de imaginário, o sonho e seus equivalentes, entre os quais encontramos: o afecto, a fantasia, a crença, o delírio, o jogo, alucinação, etc. Ao estabelecer uma correlação negativa entre imaginário e patologia orgânica, Sami-Ali (1992) liga o processo de adoecer somático pelo recalçamento da função de imaginário (mas não só), o que de certa forma explicaria a sintomatologia atrás referida pelos diversos autores.

Além das questões ligadas ao funcionamento psicossomático, que importa explorar na entrevista clínica tendo em conta esta perspectiva, temos ainda o outro eixo de análise fundamental, que consiste nas situações de vida do sujeito. Muitos autores se têm debruçado sobre esta matéria, sobretudo a partir do momento em que se concluiu que grande parte das patologias psicossomáticas surgiam na sequência de determinados eventos de vida significativos para o sujeito. Os teóricos da escola do “stress” enfatizaram isso mesmo, assim como Sami-Ali. Este autor descreveu um tipo de situação conflitual particular, presente na maioria dos pacientes psicossomáticos, uma situação conflitual vivida sem soluções, a que chamou: impasse. Nesta perspectiva torna-se importante na entrevista clínica explorar as situações de vida que se configurem como impasse.

Vamos então agora apresentar alguns dos sectores a explorar através da entrevista clínica, os quais, como referimos anteriormente não têm que seguir esta ordem específica, nem estão organizados por importância hierárquica.

A Patologia orgânica

Segundo Pongy e Babeau (2003), quando o paciente expõe uma doença orgânica

devemos explorar os seguintes aspectos a seu respeito:

- As suas características clínicas (qual a doença?, seu enquadramento nosológico (diagnóstico)? e as características propriamente ditas da doença);
- As circunstâncias ligadas ao seu aparecimento (Quando surgiu?, Circunstâncias de vida na altura em que adoeceu ou nos tempos imediatamente anteriores?);
- Modalidades de agravamento ou melhoria da doença (Averiguar se o paciente reconhece aspectos que contribuem para a melhoria ou agravamento da doença e seus sintomas);
- A história da doença actual (início e dinâmicas da sua progressão);
- Outras patologias/distúrbios (somáticos ou psíquicos) laterais ou associadas à doença actual (outras doenças “menores”, sintomas de perturbação mental, etc).
- Antecedentes médicos pessoais (médicos, cirúrgicos, obstétricos, psiquiátricos);
- Antecedentes médicos familiares (genealogia da doença do sujeito e outras doenças significativas de familiares);
- Tratamentos efectuados (medicação, tratamentos médicos ou psiquiátricos, Psicoterapias, etc)

O sintoma orgânico necessita de atenção exploratória, pois ele constitui um sinal de sofrimento para o sujeito, podendo mesmo implicar em alguns casos o risco de perder a vida. Neste sentido, além do paciente reconhecer que o clínico se interessa pelo seu sofrimento no corpo real, esta exploração permite vislumbrar as características hereditárias (seu peso), a vivência actual associado à doença, a cronologia ou história do adoecer somático, informação essa que poderá ser bastante útil para associar a outros dados anamnésicos no sentido de assinalar situações de impasse (Sami-Ali, 1992).

A este propósito podemos dar o exemplo de um jovem que nos procurou por intermédio

do seu Dermatologista. Chamava-se João (nome fictício) e apresentava uma Alopecia areata parcial (algumas peladas no couro cabeludo), doença auto-imune, que lhe surgira no Verão anterior (meados de Julho). Na procura de eventos de vida a que pudesse associar a essa altura da sua vida João não recordou nada de significativo, apesar de ter sido quatro meses antes. Na segunda consulta, ao explorarmos os dados da sua vida afectiva, João referiu, sem atribuir particular importância, que a única namorada que alguma vez amou e namorou o tinha abandonado em Junho passado e o tinha traído com o seu melhor amigo.

Este exemplo mostra claramente na nossa opinião a relevância de explorar a história da doença do sujeito, pois como pudémos constatar no caso anterior, uma situação de vida (de perda afectiva) gerou, na nossa perspectiva, uma situação impensável (impasse), contribuindo para o desenvolvimento do quadro somático auto-imune.

Situação actual e Anamnese

No desenvolvimento da entrevista clínica, a investigação da situação actual é na maioria das vezes o ponto de partida exploratório do mundo do sujeito. Permite averiguar, segundo Rotbard (2001), se há predominância do prazer e da satisfação ou das exigências e obrigações. Procura-se assim averiguar o grau de recalçamento afectivo do sujeito e sua adaptação ao meio. Por outro lado, permite através dos vários sectores da vida do sujeito abordados, rumar para a recolha de informações acerca do seu passado (Anamnese) sem causar grande transtorno ao sujeito. Alguns dos sectores classicamente abordados acerca da situação actual são:

- Situação profissional ou escolar ;
- Composição familiar;

- Vida relacional, afectiva e amizades (a rede social e de suporte do sujeito);
- Passatempos;

Cada um destes sectores da vida do sujeito constitui uma possível ponte para o passado e para a exploração dos antecedentes referentes à história pessoal e familiar (Anamnese), permitindo deste modo averiguar questões mais significativas acerca do seu funcionamento e que podem explicar o actual estado do sujeito. Os sectores que merecem uma atenção particular são, como já referimos, não só os que se ligam ao funcionamento, mas também, e de forma marcada, os que assinalam as situações de vida mais marcantes para o sujeito. Situamo-nos assim, não numa lógica de causalidade linear, mas sim circular, em que a explicação causal dos sintomas e o seu sentido deriva não só do funcionamento inerente ao sujeito (isolado), mas também das variáveis contextuais associadas (situações de vida).

Vejamus então alguns dos sectores mais relevantes nesta perspectiva:

- História familiar. Segundo Rotbard (2001) é pertinente saber a atitude dos membros da família e das pessoas significativas em relação à aceitação ou rejeição das diferenças subjectivas. A autora aponta ainda para a exploração do funcionamento familiar: alianças, rivalidades, dependências, autenticidade (ou não) dos vínculos. Outra das questões a explorar é o lugar que o paciente ocupa no imaginário parental;
- A história transgeracional: passa por uma abordagem a certos eventos acidentais da vida do sujeito e da sua família no seu valor traumático, os quais se podem ampliar conforme sejam ou não incluídos no discurso familiar. Segundo a Rotbard (2001), a omissão de um determinado acontecimento de vida no

discurso familiar implica o desejo inconsciente que tal evento nunca tenha tido lugar, indo assim no sentido do recalçamento afectivo ligado a tal facto. Tal supressão factual do recito familiar, implica que a representação de si (em particular a corporal) ligada à trama relacional, sofra também um “apagamento” ou supressão.

- Ritmos biológicos – A cronobiologia tem realçado a importância dos ritmos biológicos na homeostase do sujeito. Estes ritmos adquirem na opinião de diversos autores (sobretudo Šami-Ali) uma importância crucial pois estão ligados inevitavelmente aos processos de regulação biológica (descritos por Hofer), os quais dependem da qualidade das interações relacionais Mãe-bebé para se estabilizarem e autonomizarem. Importa assim averiguar aspectos da dialéctica funcional dos ritmos biológicos e sociais (relacionais), para assim sabermos até que ponto o sujeito se rege pelos seus ritmos internos/subjectivos ou pelo contrário, se adapta ao exterior, apagando a sua identidade, a sua diferença.

A exploração dos hábitos alimentares, dos ritmos de sono/vigília e dos hábitos sociais e profissionais do paciente e da sua família torna-se um imperativo. Passamos agora a descrever uma situação (exemplo) a este respeito: Um menino asmático com 10 anos, que face às repetidas situações de encoprese, pediu à sua Avó materna que o lembrasse de ir à casa de banho. No fundo ele expressa a necessidade de um regulador externo (social) para lidar com uma tensão interna/subjectiva.

- Sonhos - Ligado em particular ao ritmo Sono/vigília importa explorar as questões relativas ao sonhar. Que tipo de sonhos recorda? se não há lembrança, desde quando? Se recorda sonhos de infância? Se faz “sonhos-programa”?

Segundo Rotbard (2001), o funcionamento do sujeito face ao imaginário permite perspectivar os recursos que ele dispõe para lidar com situações de impasse. Neste sentido, a presença ou não de vida onírica, pode evidenciar a preponderância do imaginário/subjectividade no funcionamento do sujeito e assim descobrir o nível de recalçamento da função de imaginário (sonho e seus equivalentes).

- Afecto - O funcionamento do sujeito em termos de imaginário, também pode ser averiguado através de um dos seus mais importantes representantes: o afecto. Neste sentido importa estarmos atentos à presença ou não de emoções durante as entrevistas, em particular a angústia. Segundo Rotbard (2001), o aparecimento da angústia pode ser um sinal de insucesso do recalçamento, e logo, da emergência do imaginário. Esta situação configura-se como um indicador da possibilidade de se trabalhar o conteúdo recalçado a nível terapêutico.

Por outro lado, importa estarmos atentos à tonalidade afectiva que o sujeito exhibe ao longo da entrevista, em particular se há adequação ou não dos sentimentos exibidos às situações de vida descritas. Por vezes nestes pacientes nota-se um aplanamento afectivo, uma depressividade, tal como descreveu Coimbra de Matos, que corresponde a uma característica particular em certos casos de patologia orgânica, e que se configura como factor de risco da personalidade.

- Organização espacio-temporal – Se a experiência corporal rege os nossos parâmetros de organização espacio-temporal, como refere Sami-Ali, então torna-se pertinente explorar estas variáveis. Podemos assim investigar se existem problemas de lateralidade, se ocorreram problemas de aprendizagem da leitura/escrita na escola, etc.

- A sexualidade, enquanto manifestação (ou não) do recalçamento afectivo e expressão dos conflitos que surgem nas vicissitudes da evolução libidinal. Importa também averiguar como decorreram os processos de maturação sexual e a resposta familiar nesse processo. Estas informações permitem uma visão mais clara da problemática edipiana e do destino dos afectos do sujeito.

- Dados relativos ao nascimento e à primeira infância - As vicissitudes do nascimento: respiração, reflexos, qualidade dos cuidados obstétricos. O sujeito nasce num leito relacional, tendo por um lado o património biológico e por outro o enquadramento familiar, o que assegura um carácter imprevisível ao processo de maturação psicossomática. Os dados referentes à primeira infância são também muito importantes sobretudo quanto aos cuidados maternos, separações, doenças, organizadores psíquicos (Spitz), amamentação, sono, idas para amas ou creche, etc.

- traços de personalidade – Caracterização geral da personalidade do sujeito. Entre outras características, destacamos: carácter depressivo, ansioso, hostil, evitante, obsessivo, esquizóide, masoquista, dependente.

Situações de vida – conflito e impasse

Importa investigar as situações de vida que marcaram o sujeito ao longo do seu percurso, o impacto que tiveram e como lidou com elas. É preciso estarmos particularmente atentos às épocas em que se deu o aparecimento de determinadas patologias orgânicas e as circunstâncias de vida associadas a esses períodos, pois poderemos encontrar pistas para a compreensão das situações conflituais, em particular

aquelas que se apresentam sem saídas – impasse. Nesta perspectiva, estes dados dão-nos também das possibilidades de mudança do sujeito

A Observação Directa

Esta técnica reveste-se de uma importância essencial em qualquer investigação clínica, funcionando como fonte complementar de informações do sujeito a que a técnica de entrevista por si só não alcança, devido ao seu carácter eminentemente oral. A observação directa do sujeito obedece a aspectos mais visuais e fornece informações ligadas sobretudo ao corpo, à psicomotricidade.

Esta técnica permite investigar vários aspectos do sujeito, como:

- Os estados de tensão-relaxamento (ritmos corporais) ao longo da entrevista. É necessária atenção sobretudo às mudanças de tonicidade muscular face à evocação de determinados aspectos da vida do sujeito que implicam a expressão emocional;
- O modo como o sujeito é fisicamente, como se apresenta (investido ou não), como comunica, como gesticula, como olha, como se veste, etc.
- Permite também aceder a aspectos de cariz mais comportamental e às manifestações agudas relacionadas com a ansiedade (tics, roer unhas, coçar-se, tremores, etc). Segundo Marty (1993), alguns sujeitos com estrutura neurótica, graças ao trabalho mental, fazem com que toda a afectividade e conflitos passe para mecanismos de defesa observáveis no discurso; enquanto outros, pelo contrário, tudo passa pelas actividades físicas e expressão corporal. Há tanto num caso como noutro, um desequilíbrio entre elaboração mental/expressão corporal.

Elaboração de Hipóteses Diagnósticas

A metodologia de diagnóstico progressivo que referimos no sub-capítulo dedicado ao exame psicológico, parece ser aquele que faz mais sentido, pois funciona num continuum. Isto é, há medida que se recolhem informações na entrevista, vão-se colocando as respectivas hipóteses, as quais desencadeiam no investigador uma atitude de procura de dados que confirmem ou infirmem essas mesmas hipóteses.

Os dados da anamnese e da observação são suficientes para esclarecerem a maior parte das questões colocadas, sendo que estas hipóteses se referem sobretudo a características do funcionamento do sujeito, na sua relação com a função onírica, nomeadamente acerca da extensão da repressão (recalcamento) de conteúdos do imaginário, até ao próprio recalcamento da função em si, com um apagamento radical da subjectividade (sonho, afecto, imaginário). As situações de vida e o impacto que têm no sujeito ao nível do seu equilíbrio psicossomático também nos permitem avançar hipóteses acerca da existência de impasses relacionais e das possibilidades do sujeito os ultrapassar.

Técnicas Complementares de Diagnóstico

Quando subsistem dúvidas acerca das informações recolhidas, quer por falta de material clínico, quer por informações contrastantes, quer para melhor precisar o diagnóstico, podemos sempre recorrer aos testes, os quais têm a função de esclarecer as nossas hipóteses por um lado, e ainda de perspectivar com mais rigor o prognóstico e as indicações terapêuticas.

Quanto à tipologia de testes a utilizar, remetemos para a leitura do capítulo anterior, no

qual abordámos uma grande variedade de técnicas de avaliação. No entanto há que referir, pelo carácter projectivo e pela riqueza que pode trazer em termos de material clínico, o teste de Rorschach, o qual foi submetido a bastantes investigações na área da Psicossomática, das quais se destaca o artigo de Mendes Pedro et al (2001) que explora o teste numa perspectiva próxima daquela que aqui apresentamos.

Análise do material clínico (dados da entrevista, observações e testes)

O passo seguinte refere-se à análise do material clínico fornecido pelos testes aplicados, e sua combinação com as informações recolhidas a partir da entrevista anamnésica e da observação directa. As hipóteses formuladas anteriormente ficarão em princípio esclarecidas, podendo-se então passar à fase seguinte: o diagnóstico.

Diagnóstico, Prognóstico e Indicação terapêutica

Este diagnóstico terá em consideração todos os dados recolhidos anteriormente. Não se trata de categorizar, pois parece-nos mais relevante fazer um diagnóstico compreensivo do sujeito tendo por base o seu funcionamento onírico (na perspectiva alargada de Sami-Ali) e as situações de vida que se configuram como impasses.

No que diz respeito ao funcionamento, o diagnóstico deverá fornecer indicações acerca do acesso do sujeito às suas emoções e aos conteúdos oníricos. Neste sentido podemos concluir em que medida é que o sujeito vive enquanto ser subjectivo e qual a extensão destes conteúdos imaginários. Se os submete a um recalamento eficaz ou pelo contrário se estes tendem a emergir e a ter impacto no equilíbrio psicossomático do

indivíduo.

O diagnóstico deverá também reflectir o modo como o sujeito gere os conflitos, e assinalar os recursos que o individuo tem para lidar com situações de vida penosas, em particular as de perda. O diagnóstico deverá poder criar condições de previsibilidade do equilíbrio psicossomático do doente no presente mas também no futuro, tendo em conta os factores hereditários, o funcionamento onírico, as características relacionais, o contexto ambiental e o seu historial ao nível dos conflitos sem saída (impasses). Com estes dados na nossa posse podemos traçar um prognóstico, que contemple não só as fragilidades diagnosticadas no sujeito, mas também os seus factores protectores, os quais, através de um trabalho terapêutico adequado, com um técnico especializado, podem ser o motor para uma transformação eficaz do sujeito enquanto unidade psicossomática.

REFLEXÕES FINAIS

O presente trabalho procurou acima de tudo responder às dúvidas metodológicas sentidas pelos autores no campo da Psicossomática, sobretudo no que diz respeito aos instrumentos de investigação/diagnóstico e sua operacionalização. Tendo em conta a dispersão de informação que existe nesta área de investigação, sentimos o apelo interior/subjectivo de realizar não só um levantamento dos modelos de exame-clínico em Psicossomática, como também de tentar organizar e definir um modelo de investigação com base nos conceitos teóricos que consideramos apropriados, tendo em conta sobretudo a formação recebida na parte teórica do presente Mestrado.

Por outro lado gostaríamos ainda de salientar que o objectivo proposto para a realização deste trabalho não foi totalmente alcançado na medida em que ficaram algumas lacunas por investigar, sobretudo no que diz respeito aos testes a utilizar na avaliação psicossomática e também no que diz respeito ao modelo esboçado no último capítulo, de diagnóstico em Psicossomática. Nesse sentido julgamos em primeiro lugar, que seria importante especificar as particularidades da consulta de diagnóstico consoante a faixa etária (bebé, criança, adolescente, adulto), em segundo, seria importante diferenciar a abordagem consoante o contexto em que se realiza (consultório privado, hospital, Centro de Saúde, Instituição especializada em psicossomática) e por fim, definir categorias de diagnóstico mais precisas.

Assumimos desde início o risco de efectuar este trabalho, cuja complexidade só se revelou verdadeiramente à medida que fomos avançando, não deixando outra alternativa senão prosseguir em direcção à certeza da sua incompletude. Julgamos no entanto que este tema merece uma atenção especial por parte dos investigadores desta área, porque

qualquer intervenção terapêutica deve ser sempre precedida de uma investigação clínica. Se esta não for efectuada ou se for feita sem qualquer especificidade, então o investigador não terá acesso a muitas informações que poderiam concerteza auxiliar no processo de diagnóstico e futuro plano terapêutico.

Neste sentido, este trabalho atingiu o seu objectivo, pois abriu um campo de discussão que julgamos pertinente, e mesmo que não seja seguido por outros, ter sempre afirmado e iluminado as questões ligadas à metodologia de investigação nesta área, assim como a importância de se fazer mais investigação sobre novos instrumentos de diagnóstico, a partir dos conceitos teóricos existentes. Optámos por operacionalizar o modelo final, sobretudo segundo o modelo de Sami-Ali, pois pareceu-nos ser aquele que melhor responde à complexidade do problema, em particular pela forma como articula, por um lado o conceito de funcionamento (imaginário) e por outro, as situações de vida, sob o primado da relação.

É importante referir que os instrumentos a que tivemos acesso na nossa investigação têm sobretudo um cariz puramente quantitativo e psicométrico, os quais, independentemente do seu carácter objectivo, são muito parcelares, na medida em que apenas fornecem informações referentes a características isoladas, o que se configura como sendo claramente insuficiente nesta área, pois o paciente psicossomático não pode ser avaliado com base em apenas um pressuposto teórico (ex: ser alexitímico, ou estar deprimido), mas sim através de um conjunto de variáveis. Neste sentido, o teste Rorschach pode ser um bom indicador pois fornece informação simultaneamente de diversos aspectos do funcionamento do sujeito. Carece no entanto de quantificação desses mesmos indicadores.

Para concluir gostaríamos de dizer que foi um prazer fazer este trabalho, apesar das

dificuldades que enfrentámos e do seu carácter exclusivamente teórico. A inclusão da clínica propriamente dita fica para uma próxima oportunidade, pois seria porventura interessante aplicar na prática a metodologia que investigámos e sistematizamos, no sentido de melhor precisar o modelo de investigação/diagnóstico em Psicossomática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia das ciências de Lisboa (2001). Dicionário da língua portuguesa contemporânea. Editora Verbo.

Ajuriaguerra J. (1974). Manuel de Psychiatrie de l'enfant. Masson. Paris.

Alexander, F. (1977). La médecine psychosomatique. Paris: Petite Bibliothèque Payot.

Alves Gomes, A.; Cortesão, E. L. & Silva E.S. (1986). Psiquiatria, neurologia e saúde mental do clínico geral. Laboratórios U.C.B.; Lisboa – Portugal.

Anastasi, Anne (1977). Testes Psicológicos. E.P.U. São Paulo. Brasil.

Attale C. E Consoli S.M. (2003). Échelles d'évaluation en psychosomatique. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie, 37-400-C-05, 2003, 10p.

Bach, J-F. & Lesavre, P. (1989). Immunologie. Médecine-Sciences. Paris – France.

Bagby RM, Parker JDA e Taylor G (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. Journal of Psychosomatic research.38: 23-32.

Barefoot J.C. (1992). Developments in the measurement of hostility. Em Hostility, coping and health. American Psychological association. Washington DC.

Bergès J. (1999). Du tonus et de la motricité dans l'examen de l'enfant. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - I. Presses universitaires de France. Paris

Bowlby, J. (1975). Attachment theory, separation anxiety, and mourning. American Handbook of Psychiatry.

Bruchon-Schweitzer M. (2002). Psychologie de la santé – modèles, concepts et méthodes. Dunod. Paris.

Chiland, C. (1999). L'examen psychologique. In Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - I. Presses universitaires de France. Paris.

Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ e Russo JE (2002). Attachment Theory: A Model for Health Care Utilization and Somatization. Psychosomatic medicine, 64: 660-667

Contant M. E Calza A. (1989). L'a unité psychosomatique en psychomotricité. Masson. Paris.

Damásio, A. (2000). O erro de Descartes – emoção, razão e cérebro humano. Publicações Europa-América. Portugal.

De Montis, G.; Dubos, A.; Galinié, M. & Plée B. (1980). L'asthme infantile: dysrithmie globale. In: Les Rythmes de l'enfant et de l'adolescent. Paris.

Espada A. A. Et al (1997). Evaluation en psicologia clínica II- estratégias qualitativas. Amarú ediciones. Salamanca. Espanha.

Freeman, F.S. (1990). Teoria e prática dos testes psicológicos-3ª edição. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa

Freud, S. (1894). Las neuropsicoses de defensa. In Obras Completas de Sigmund Freud (1996). Espanha, Madrid: Editorial biblioteca nueva.

Freud, S. (1894). La neurastenia y la neurosis de angustia. In Obras Completas de Sigmund Freud (1996). Espanha, Madrid: Editorial biblioteca nueva.

Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria. In Obras Completas de Sigmund Freud (1996). Espanha, Madrid: Editorial biblioteca nueva.

Gibello, B. (1998). A criança com perturbações de inteligência. Climepsi editores. Lisboa.

Gauthier, J.- M. (2001). Sonho, ritmo e somatização no bebé. In: Sonho e Psicossomática. Dinalivro. Lisboa - Portugal

Gorot, J. (1989). Théories de la somatization. Le journal des Psychologues. Jul-Agosto. N° 69.

Habib, M. (2000). Bases neurológicas dos comportamentos. Climepsi Editores. Lisboa – Portugal.

Jouvet, M. (1995). O Sono e o Sonho. Instituto Piaget. Lisboa – Portugal.

Kiecolt-Glaser J., McGuire L., Robles T. and Glaser R. (2002). Psychoneuroimmunology and Psychosomatic Medicine: Back to the Future. Psychosomatic medicine, 64:15-28.

Kleiger J.C. e Kinsman R.A. (1980). The development of an MMPI alexithymia scale. Psychoterapy Psychosomatic, 34: 17-24.

Knight H.C., Santos M., Santos N. e Carvalho R. (1989). Psicossomática e estados-limite. Comunicação apresentada no IV Seminário de Psicologia e Psicopatologia Clínica: Estados limite. Lisboa

Lebovici, S. (1998). L'empathe. Em L'arbre de vie: elements de la psychopathology du bebe. Eres. Ramonville. France.

Levin, E. (1995). A clínica psicomotora – o corpo na linguagem. Editora vozes. Petrópolis. Brasil.

Lipsitt, M.D. (2001). Consultation-liaison psychiatry and Psychosomatic medicine – the company they keep. Psychosomatic medicine, 2001; 63: 896-909.

Luban-Plozza B., Poldinger W e Kroger F. (1992). Psychosomatic disorders in general practice. (3rd ed.). Editions Roche. Germany.

Marques, ME (1999). A Psicologia Clínica e o Rorschach. Climepsi Editores.Lisboa.

Martins, A. P. (1998). Avaliação em Psicossomática: contributos para uma reflexão. Análise Psicológica, 2; pág: 243-247. ISPA. Lisboa.

Marty P. (1993). A Psicossomática do adulto. Artes Médicas. Porto Alegre.

Matos, A. C. (2003). Depressividade e depressão falhada. Mais Amor menos Doença. Climepsi Editores. Lisboa

Matos, A. C. (1999). Ser único e ter um rosto: o binômio resiliente. Revista Portuguesa de Psicossomática. Vol. 1, nº 1, jan.-jun. Lisboa.

Mendes Pedro A., Soubigou D. E Balanda A.B. (2001). Lê Rorschach en clinique psychosomatique. Em Manuel de thérapies psycho-somatiques. Dunod. Paris.

Nelson, R.J. (1995). Na Introduction to Behavioral Endocrinology. Sinauer Associates, Inc. Publishers. Suderland, Massachusetts – USA.

Nemiah, J. (2000). A psychodynamic view of psychosomatic medicine. Psychosomatic medicine. 62: 299-303.

Ouakinin, S. (1999). Mediadores de integração entre o SNC e o Sistema imunitário – A Sida numa abordagem psiconeuroimunológica. Revista Portuguesa de Psicossomática, Vol.1, nº 2; Jul/Dez. Edição S.P.P – Porto.

Palma Carlos A.G. (1985). Manual de Imuno-Alergologia (1º fascículo). Laboratórios Cilag. Edição de autor. Lisboa – Portugal.

Pheulpin M-C. (2002). Asthme aigu grave, contribution de la FCR à l'évaluation pronostique chez l'adulte hospitalisé. Em La Figure de Rey – une approche de la

complexité. Éditions éres. Ramonville Saint-Agne.

Pongy P. e Babeau R. (2003). Psychosomatique e médecine. Sauramps médical. Paris.

Porcelli P e Meyer GJ (2002). Construct validity of rorschach variables for alexithymia. Psychosomatics, 43 (5):360-369.

Reinberg, A.(1980). Considérations générales sur les rythmes circadiens e circannuels de l'homme. In, Les Rythmes de l'enfant et de l'adolescent.

Reinberg, A.; Hallek, M. e Hellbrugge, T. (1987). Rythmes Biologiques. In: L'enfant et as santé. Doin éditeurs. Paris – France.

Reinberg, A. (1998). O tempo humano e os ritmos biológicos. Instituto Piaget. Lisboa – Portugal

Rotbard, S. (2001). L'imagination matérielle: un autre abord de la pathologie organique. Em Manuel de thérapies psychosomatiques.Dunod, Paris.

Sami-Ali (1992). Pensar o somático – Imaginário e patologia. Ispa. Lisboa.

Sami-Ali (1993). Corpo real – corpo imaginário. Brasil: Artes médicas.

Sami-Ali (2001). Sonho e funcionamento onírico. Em Sonho e psicossomática. Dinalivro. Lisboa.

Sami-Ali (2001). Présentation: la théorie relationnelle. Em Manuel de thérapies

psychosomatiques. Dunod. Paris.

Sami-Ali (2002). O Banal. Dinalivro. Lisboa.

Sanglade-Andronikof A. e Verdier-Gibello M.L. (1983). L'examen psychologique de l'enfant. Les tests d'intelligence, d'aptitude, de raisonnement. Encyclopédie médico-chirurgicale. Paris, Psychiatrie, 37180 C10.

Sifneus, P. (1995). Psychosomatique, alexithimie et neurosciences. Revue Française de Psychosomatique; 7. 27 – 35.

Silva, M. E. D. (1995). O exame psicológico numa perspectiva dinâmica. Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria, n°8.

Snaith RP (2003). The Hospital anxiety and depression scale. Health and quality of life outcomes; 1:29.

Stuart S. e Noyes R. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. Psychosomatics, 40: 1, Janeiro-Feveiro.

Taylor, G. (1989). Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis. IUP Inc. Madison, Connecticut.

Taylor, G. e Bagby, M. (2000). An overview of the alexithymia concept. The handbook of emotional intelligence. Edited by Reuven Bar-on and D.A. Parker. Jossey-Bass, San Francisco.

Weinryb, R.M. (1995). Alexithymia: old wine in new bottles?. Psychoanalysis and contemporary thought. Vol. 18; n°2. Ed. Leo Goldberger, PhD. New York University.

Welsby, P.D. (2004). História e Exame Clínico. Euromédice: edições médicas, Lda. Miraflores, Algés.

Zeck E., Luminet O., Rimé B. e Wagner H. (1999). Alexithymia and its measurement: confirmatory factor analysis of TAS-20 and the BVAQ. European Journal of personality, 13: 511-532.